

Juliana La-Salette Rocha Nunes
**ESTUDO DAS QUALIDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE
ALEXITIMIA DE TORONTO (20 ITENS) NUMA AMOSTRA PORTUGUESA
DE ADOLESCENTES**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
2011

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**ESTUDO DAS QUALIDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE
ALEXITIMIA DE TORONTO (20 ITENS) NUMA AMOSTRA PORTUGUESA
DE ADOLESCENTES**

Juliana La-Salette Rocha Nunes

Outubro 2011

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de
Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação da Universidade do Porto, orientada pela
Professora Doutora Sandra Torres (F.P.C.E.U.P.).

Ao meu Tio Belo, a luz que me ilumina quando tudo o resto é escuridão. Onde quer que estejas, serás sempre a minha fonte de inspiração para crescer.

Agradecimentos

Antes de mais, gostaria de salientar que os agradecimentos traduzidos nas seguintes palavras serão inevitavelmente demasiado simplistas, face ao reconhecimento sentido e à profundidade da minha admiração por todas as pessoas referenciadas.

Assim, dirijo as minhas primeiras palavras de agradecimento à Professora Doutora Sandra Torres, que pacientemente orientou este trabalho. O meu muito obrigada pela atitude de parceria, nunca impondo a sua vontade, e deixando sempre a meu cargo a decisão final nos mais diversos momentos de dúvida que surgiram ao longo da realização desta investigação. Obrigada também pela disponibilidade sempre evidente ao longo dos dois anos em que este trabalho tomou forma, e pelos preciosos contributos, sem os quais não me seria humanamente possível levá-lo a bom termo.

Gostaria ainda de agradecer a todos os participantes que acederam partilhar um pouco da sua experiência participando neste estudo, pois são parte fundamental da investigação e sem eles nada disto seria possível.

Agradeço também às amigas com quem partilhei estes 5 anos de aprendizagem. Muito obrigada pelos momentos de desabafo e pelas frustrações partilhadas, e sobretudo pelas amizades construídas, que sem dúvida serão para toda a vida.

Fica também um agradecimento muito especial aos meus pais, pelo amor incondicional que não perdem oportunidade de demonstrar e que em muito contribuiu para me definir enquanto pessoa, e sobretudo pelos muitos sacrifícios levados a cabo para que eu pudesse centrar-me na minha formação profissional. Obrigada ainda pelo ambiente familiar emocionalmente seguro e estimulante, que sempre foi uma mais-valia nos momentos em que o trabalho se tornou indutor de maior *stress*.

Por último, mas não menos importante, um obrigado muito especial ao Telmo, pela paciência, pelo apoio, pelos incentivos e por tudo aquilo que palavras algumas jamais poderão exprimir.

Resumo

O termo alexitimia refere-se a uma perturbação na regulação dos afetos. O instrumento de avaliação mais fiável e válido deste constructo é a TAS-20 e a análise da sua estrutura é congruente com uma organização em três fatores: dificuldades na identificação de sentimentos (F1); dificuldades na descrição de sentimentos aos outros (F2); e estilo de pensamento orientado para o exterior (F3). Este instrumento é vastamente utilizado em todo o mundo e, apesar de inicialmente concebido para aplicar na população adulta, é amplamente utilizado com adolescentes. Neste sentido, o presente estudo visa analisar se a TAS-20 possui qualidades psicométricas adequadas para ser aplicada em adolescentes, pelo que foram implementados dois estudos junto desta população. O primeiro visou analisar as validades de constructo e convergente da escala e foi implementado com base numa amostra de 245 estudantes, com idades compreendidas entre os 13 e os 20 anos, aos quais foram aplicadas a TAS-20 e a SDS. No segundo estudo, analisou-se a validade diferencial, utilizando para tal dois grupos de participantes: clínico e de controlo. O grupo clínico foi constituído por 47 participantes do sexo feminino com diagnóstico de anorexia nervosa, e idades compreendidas entre os 13 e os 20 anos. O grupo de controlo é composto por 154 estudantes do sexo feminino, entre a faixa etária dos 13 aos 20 anos. Neste segundo estudo, os instrumentos utilizados foram a Entrevista de Diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar – IV, e novamente a TAS-20. Os resultados desta investigação suportam genericamente a aplicação da TAS-20 com a população adolescente, na medida em que esta apresentou uma consistência interna aceitável e revelou ter validade de constructo, diferencial e convergente. A estrutura fatorial encontrada organizou-se em 2 fatores, nomeadamente: “consciência emocional”, que integra conjuntamente os itens de F1 e F2 da versão original, e “estilo de pensamento orientado para o exterior” correspondente a F3. Esta estrutura, sugere que na adolescência a dificuldade em identificar sentimentos e a dificuldade em expressá-los aos outros esteja amplamente associada, e seja tenuemente diferenciada.

Palavras-chave: alexitimia, validade, fidelidade, adolescentes.

Abstract

The term alexithymia refers to a disorder of affect regulation. The more reliable and valid assessment instrument for this construct is TAS-20, and its factor analysis is congruent with an organization in three factors: difficulties identifying feelings (F1); difficulties describing feelings (F2); and externally oriented thinking style (F3). This instrument is widely used around the world and, despite being initially designed for adult population, it is vastly used with adolescents. The present investigation aims to analyze if TAS-20 possesses adequate psychometric qualities to use with adolescents, implementing two studies with this population. The first study aims to analyze the construct and convergent validities of the scale and was implemented in a sample of 245 students, with ages comprised between 13 and 20 years old, to whom we applied the TAS-20 and SDS. In the second study, we investigated the differential validity, using two groups of participants: clinical and control. The clinical group consists in 47 female participants with a diagnosis of anorexia, and ages varying between 13 and 20 years old. The control group consists in 154 female students with ages between 13 and 20. In this second study, the instruments used were the Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV, and TAS-20 again. The results of this investigation generically support the application of TAS-20 with adolescent population, showing an acceptable internal consistency and revealed construct, differential and convergent validity. The factorial structure found comprises 2 factors, namely: “emotional awareness”, which comprises the items of the original F1 and F2, and “externally oriented thinking style” corresponding to F3. This structure, suggests that difficulties identifying feelings and difficulties expressing feelings to others are largely associated and tenuously differentiated in adolescence.

Key-words: alexithymia, validity, fidelity, adolescents.

Résumé

L'alexithymie se réfère à une perturbation dans la régulation des affects. Pour son évaluation, l'instrument le plus fiable et valide est la TAS-20 et l'analyse de sa structure comprend une organisation en trois facteurs: des difficultés à identifier les sentiments (F1); des difficultés à décrire des sentiments d'autres (F2) ; et le style de pensée orientée vers l'extérieur (F3). Cet instrument est largement utilisé autour du monde et, bien qu'initialement conçu pour appliquer dans la population adulte, c'est largement utilisé avec les adolescents. En ce sens, cette étude vise à examiner si la TAS-20 a des bonnes propriétés psychométriques d'être appliquée à des adolescents, donc deux études ont été mises en œuvre auprès de cette population. Le premier vise à analyser la validité de construit et convergent de l'échelle et a été mis en œuvre sur un échantillon de 245 élèves, âgés entre 13 et 20 ans, sur qui ont été appliquées la TAS-20 e la SDS. Dans la seconde étude, nous avons analysé la validité différentielle, en utilisant deux groupes de participants: clinique et de contrôle. Le groupe clinique consistait en 47 participants de sexe féminin, avec un diagnostic d'anorexie et âges entre 13 et 20 ans. Le groupe témoin est composé de 154 élèves de sexe féminin, âges entre 13 et 20 ans. Dans ce cas, les instruments utilisés ont é l'Entretien de Diagnostic de Troubles de L'alimentation – IV et aussi la TAS-20. Les résultats de cette étude confirment en général, l'application de la TAS-20 avec la population adolescente, en ce qu'elle a présenté une cohérence interne acceptable et a révélé validité de construit, différentiel et convergent. La structure factorielle trouvée a été organisée en deux facteurs: «la conscience émotionnelle», qui comprend les éléments de F1 e F2 de la version original, et «le style de pensée orientée vers l'extérieur », correspondante à F3. Cette structure, suggère que dans l'adolescence, les difficultés à identifier les sentiments et la difficulté à les exprimer aux autres est largement associés, et sont faiblement différenciés.

Mots-clés: alexithymie; validité; fidélité; adolescents.

.

Índice Geral

Dedicatória.....	II
Agradecimentos.....	III
Resumo.....	IV
Abstract.....	V
Résumé.....	VI
Introdução.....	1
1. Enquadramento Teórico	2
1.1. Emoções e regulação emocional	2
1.2. O conceito de Alexitimia	4
1.3. Etiologia da Alexitimia	10
1.3.1. Teoria Genética.....	11
1.3.2. Teoria Neurofisiológica.....	11
1.3.3. Teoria Psicodinâmica	12
1.3.4. Teoria Socio-Cultural.....	14
1.3.5. Teoria Cognitivo-Comportamental	15
1.3.6. Teoria Multifatorial	16
1.4. Alexitimia: Estado/Traço	17
1.5. Avaliação da Alexitimia	19
1.5.1. <i>Toronto Alexithymia Scale</i>	21
1.6. Pertinência do Estudo	25
2. Método	27
2.1. Estudo 1	27
2.1.1. Objetivo	27
2.1.2. Participantes.....	27
2.1.3. Material.....	27
2.1.3.1. Questionário de dados sociodemográficos.....	27
2.1.3.2. Escala de Autoavaliação da Depressão de Zung (SDS).....	28
2.1.3.3. Escala de Alexitimia de Toronto - 20 itens.....	28

2.1.4. Procedimento	29
2.1.5. Análise de dados	30
2.2. Estudo 2	30
2.2.1. Objetivo	30
2.2.2. Participantes.....	31
2.2.3. Material.....	31
2.2.3.1. Questionário de dados sociodemográficos.....	31
2.2.3.2. Entrevista de Diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar - IV.....	32
2.2.4. Procedimento	32
2.2.5. Análise de dados	33
3. Resultados.....	34
3.1. Estudo 1	34
3.2. Estudo 2	36
4. Discussão	38
5. Conclusão	45
6. Referências Bibliográficas.....	46
7. Anexos	
Anexo A – Questionário de dados sociodemográficos	
Anexo B – Escala de Autoavaliação da Depressão de Zung	
Anexo C – Escala de Alexitimia de Toronto – 20 itens	
Anexo D – Entrevista de Diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar – IV	

Índice de Abreviaturas

ACP	Análise de Componentes Principais
CE	Consciência Emocional
F1	Dificuldade em identificar sentimentos (Fator 1 da TAS-20)
F2	Dificuldade em verbalizar os sentimentos (Fator 2 da TAS-20)
F3	Estilo de pensamento orientado para o exterior (Fator 3 da TAS-20)
IDED-IV	Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV
POE	Estilo de pensamento orientado para o exterior
SDS	Self-Rating Depression Scale
TAS-20	Toronto Alexithymia Scale – 20 items
TSIA	Toronto Structured Interview for Alexithymia

Introdução

A alexitimia corresponde a uma perturbação na regulação dos afetos, e comporta 4 aspetos essenciais: 1) dificuldade em identificar e descrever sentimentos; 2) dificuldade em distinguir os sentimentos das sensações corporais originadas pela atividade emocional; 3) constrição nos processos imaginais; e 4) estilo de pensamento orientado para o exterior (Nemiah, Freyberger & Sifneos, 1976; Taylor, 1994). Na sua avaliação, o instrumento mais fiável e válido é a TAS-20, possuindo uma boa consistência interna, fiabilidade teste-reteste, validade convergente, concorrente e discriminante, bem como uma estrutura fatorial organizada em torno de 3 fatores, nomeadamente: (1) dificuldades na identificação de sentimentos; (2) dificuldades na descrição de sentimentos; e (3) estilo de pensamento orientado para o exterior (Bagby, Parker & Taylor, 1994; Bagby, Taylor & Parker, 1994; Parker, Bagby, Taylor, Endler & Schmitz, 1993).

A presente investigação conta com dois estudos de adaptação da TAS-20 numa amostra de adolescentes, e a sua pertinência centra-se em torno do vasto uso do instrumento junto desta população (Heaven, Ciarrochi & Hurrell, 2010; Säkkinen, Kaltiala-Heino, Ranta, Haataja & Joukamaa, 2007; Sayar & Kose, 2003; Seo, Chung, Rim & Jeong, 2009). Uma vez que a versão portuguesa se encontra adaptada apenas para a população adulta (Prazeres, Parker & Taylor, 2000), e que também em Portugal este instrumento se aplica com adolescentes, torna-se necessário analisar as suas qualidades psicométricas com a população adolescente.

Estruturalmente, este trabalho comporta cinco capítulos, sendo que o primeiro constitui uma revisão bibliográfica acerca da alexitimia, abordando cinco pontos distintos: emoções e regulação emocional, o conceito de alexitimia, bem como a sua etiologia, estabilidade e métodos de avaliação. O segundo capítulo corresponde ao estudo empírico propriamente dito, e neste são descritos os procedimentos levados a cabo na concretização de ambos os estudos que fazem parte deste trabalho, bem como as análises estatísticas que foram realizadas com os dados obtidos. Em seguida encontra-se um terceiro capítulo, onde são descritos os resultados que emergem de cada estudo separadamente. Estes resultados são analisados pormenorizadamente numa discussão comum, que constitui o quarto capítulo. Por último, encontramos o quinto capítulo designado por conclusão, onde são sumariadas as principais conclusões obtidas, bem como algumas implicações para a prática e sugestões para investigações futuras.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Emoções e Regulação Emocional

Ao longo dos tempos, muitas controvérsias se têm gerado em torno da definição do constructo emoções, não existindo ainda hoje uma definição consensual. Sifneos (1991, 1995) estabeleceu a distinção entre afeto, emoção e sentimento, referindo que o afeto compreende simultaneamente aspetos neurobiológicos e psicológicos. Desta forma, a emoção constituiria a parte neurobiológica do afeto, e o sentimento a sua componente psicológica, concluindo assim que o afeto é um conceito multidimensional.

Apesar das divergências conceptuais, existe uma concordância geral relativamente ao facto de a resposta emocional implicar três sistemas ou conjuntos de processos inter-relacionados, nomeadamente processos neurofisiológicos (sistema nervoso autónomo e ativação neuro endócrina), processos motores e comportamentais expressivos (expressões faciais, alterações na postura e tom de voz) e o sistema cognitivo experiencial (consciência subjetiva e expressão verbal de estados emocionais) (Dodge & Garber, 1991; Lang, 1984). A regulação das emoções corresponde assim a um processo interaccional entre estes três sistemas de resposta emocional e o ambiente, uma vez que a ativação de um dos domínios de resposta emocional vai alterar ou modular os outros dois domínios. Por outro lado, um aspeto particular de um domínio pode modular outros aspetos dentro do mesmo, existindo assim uma regulação intra e inter domínios. A interação que ocorre dentro das relações sociais, assim como outros aspetos ambientais, fornecem ainda uma regulação interpessoal, podendo esta ser apoiante ou disruptiva (Dodge & Garber, 1991). Vários aspetos desempenham um papel importante nesta regulação, como sendo os limites sociais, a linguagem, os sonhos, a fantasia, o choro, o riso, assim como o feedback aferente da atividade autónoma periférica e do sistema músculo-esquelético. Os afetos podem, também, ser reguladores de outros afetos, ou seja, um estado emocional desadaptativo pode ser alterado para um estado emocional mais adequado, através da coativação de emoções adaptativas, concomitantemente ou em resposta às emoções desadaptativas (Greenberg & Watson, 2008).

Quando falamos na regulação das emoções, isto não implica o seu controlo, uma vez que estas são basilares na construção de um sentido de *self*, desempenhando um papel fundamental na auto-organização (Greenberg & Watson, 2008), e não devendo portanto ser

estritamente controladas. Para que estas funções sejam potenciadas, a atividade que ocorre nos sistemas de resposta emocional deve ser usada como um indicador do estado do *self* dentro do ambiente em que se insere, de modo a fornecer feedback que irá auxiliar a autorregulação do sistema emocional. Tendo em vista o processamento adequado desta regulação, o indivíduo deve possuir um determinado conjunto de capacidades, compreendidas no constructo inteligência emocional, nomeadamente a habilidade de avaliar com precisão as suas emoções, e a capacidade de compreender os sentimentos dos outros (Salovey & Mayer, 1989). A capacidade de reconhecer e comunicar as emoções através de palavras é uma função tipicamente humana, e o carácter mais ou menos específico das emoções permite-nos fazer a distinção entre diferentes estados emocionais, embora nem sempre de forma clara (Groen, 1974; Leff, 1977).

A complexidade das emoções reside no facto de que estas vão além de sentimentos e sensações, sendo que estas apenas emergem e não possuem um objeto preciso. As emoções, por outro lado, envolvem componentes mais intencionais, nomeadamente a cognição, avaliação e motivação (Greenberg & Watson, 2008). A vertente cognitiva do processamento emocional compreende a informação acerca das situações (Greenberg & Watson, 2008), ao passo que a componente avaliativa corresponde a uma avaliação da situação, em termos de relevância para o bem-estar pessoal, bem como possibilidades de *coping* (Mesquita & Frijda, 1992). Contudo, por vezes a avaliação dos eventos não é congruente com a forma como estes seguem o seu curso natural, podendo existir uma reavaliação, no sentido de tornar estas situações menos dolorosas e mais aceitáveis para o indivíduo. Esta reavaliação não implica negação, podendo apenas enfatizar determinados aspetos, em detrimento de outros menos agradáveis (Mesquita & Frijda, 1992). Quando a avaliação da situação se altera, modifica-se também o sentimento que se lhe encontra associado (Roseman, Spindel & Jose, 1990). Por sua vez, a motivação diz respeito às necessidades, desejos e objetivos do indivíduo, bem como à sua prontidão para agir. Estas componentes não são entidades separadas e estanques, mas antes aspetos diferentes de um mesmo conceito ao qual se dá o nome de esquema emocional (Greenberg & Watson, 2008).

Como Frijda (1986) salientou, as pessoas não só experienciam as emoções, como também necessitam de as gerir, de saber lidar com elas de forma adaptativa. As ações que têm como objetivo influenciar as emoções que sentimos, quando as sentimos, bem como o modo como estas são experienciadas e expressas englobam-se no conceito de regulação emocional (Greenberg & Watson, 2008). Embora não se possa negar a importante função

adaptativa das emoções, há que considerar que, sendo estas o reflexo de experiências, podem também tornar-se respostas desadaptativas a determinadas situações através da aprendizagem e da socialização, apresentando uma elevada vulnerabilidade a falhas precoces na regulação diádica dos afetos (Greenberg & Watson, 2008). Se a criança é cuidada de forma responsiva, esta interioriza os sinais corporais de desconforto com várias formas de se sentir melhor. Desta forma, aprendem a usar os seus sinais corporais e emoções como guias da ação, e a sua experiência corporal reflete a qualidade destas interações precoces (Greenberg & Watson, 2008). Por outro lado, se a criança não tem a oportunidade de experienciar uma relação saudável na regulação dos afetos, pode ficar comprometida a sua capacidade de regular os diferentes estados emocionais (Greenberg & Watson, 2008).

1.2. O conceito de Alexitimia

O termo alexitimia, significando literalmente “sem palavras para as emoções”, corresponde a um conceito que emerge de observações clínicas, feitas inicialmente com pacientes portadores de doenças psicossomáticas (Nemiah et al., 1976). Nessas observações constatou-se que estes indivíduos eram capazes de utilizar expressões simples e não descritivas para exprimir os seus estados emocionais (e.g. “triste”; “feliz”), mas incapazes de realizar uma elaboração mais detalhada acerca destes (Nemiah et al., 1976). O constructo foi teoricamente definido desde a *11th European Psychosomatic Research Conference, em Heidelberg*, essencialmente através de um programa de pesquisa, visando a sua validação através do desenvolvimento de um instrumento de avaliação fiável e válido (Fonte, 1993; Taylor, Bagby & Parker, 1997).

Atualmente, a alexitimia compreende quatro aspetos essenciais, nomeadamente: (a) dificuldade em identificar e descrever sentimentos; (b) dificuldade em distinguir os sentimentos das sensações corporais originadas pela atividade emocional; (c) constrição nos processos imaginais (poucos sonhos ou fantasias); e (d) estilo de pensamento orientado para o exterior (Nemiah et al., 1976; Taylor, 1994), também designado por pensamento operatório. Esta forma de pensamento encontra-se patente nas duas últimas características supra referidas da alexitimia, uma vez que implica “*um pensamento pragmático, linear, conformista, primeiramente focalizado nos acontecimentos externos e no quotidiano, inafetivo, sem referências e com notável ausência de atividade fantasmática*” (Fonte,

1993, p. 38). O obstáculo patente na alexitimia não parece ser a falta de um vocabulário afetivo, mas sim a forma como este é usado. O não ter palavras para as emoções estaria essencialmente relacionado com uma impossibilidade de sentir as emoções subjetivamente, uma falta do componente psíquico da emoção (Prazeres, 2000).

Não se torna claro se as dificuldades das pessoas alexitímicas se prendem apenas com a expressão das emoções tendo, no entanto, a capacidade de as reconhecer, ou se simplesmente não reconhecem estes sinais corporais (Lesser, 1981). Alguns indivíduos alexitímicos podem, à primeira vista, dar a impressão de infirmar estas características, devido à disforia crónica e a manifestações de choro e raiva. No entanto, através de uma análise mais aprofundada do indivíduo, apercebemo-nos de um conhecimento muito limitado acerca dos seus sentimentos, sendo incapazes de os ligar a memórias, fantasias, níveis elevados de afeto e situações específicas (Taylor et al., 1997). Deste modo, a alexitimia corresponde a uma perturbação específica no funcionamento psíquico do indivíduo, cujas manifestações ocorrem primariamente no seu estilo de pensar (Marty & De M'Uzan, 1963 cit in Fonte, 1993) e de comunicar (Taylor, 1984). Este estilo caracteriza-se pela acentuada diminuição ou mesmo ausência de pensamento simbólico, impedindo a revelação de atitudes internas, sentimentos, fantasias, desejos ou impulsos, assim como uma preocupação excessiva com mínimos detalhes externos (Nemiah et al., 1976).

Os indivíduos alexitímicos são pouco perspicazes, têm pouco humor e a ansiedade e a tensão experienciadas encontram saída nos sintomas corporais. Podem ainda ser descritos como introvertidos, pouco abertos à experiência e neuróticos (Haviland & Reise, 1996a). Contudo, Taylor (1994) afirmou que entre os indivíduos neuróticos se verifica uma menor dificuldade de expressão emocional, maior capacidade introspetiva, sendo também mais ajustados no que se refere à componente subjetiva da ativação emocional do que os alexitímicos. Apesar de não ser frequente, indivíduos alexitímicos podem manifestar explosões breves e violentas de afetos negativos (e.g. tensão, irritabilidade, frustração, raiva, choro) revelando-se, no entanto, incapazes de os descrever (Fernandes & Tomé, 2001; Nemiah et al., 1976). A elevada frequência com que os alexitímicos experienciam afetos negativos, conduziu à hipótese de que esta perturbação se encontra associada com níveis elevados de raiva, uma vez que esta última se correlaciona positivamente com a vivência de emoções negativas (Berenbaum & Irvin, 1996). Os resultados de um estudo de Berenbaum e Irvin (1996), revelaram a presença de uma associação da alexitimia com a raiva e o comportamento interpessoal, ocorrendo nos indivíduos alexitímicos um padrão de

relutância em expressar a raiva, apesar de a experienciarem. Os autores associam esta tendência à necessidade de evitar conflitos interpessoais, acrescentando ainda que, nos indivíduos alexitímicos, a raiva tende a ser transmitida através de expressões faciais e vocais em detrimento da expressão verbal (Berenbaum & Irvin, 1996). Num estudo realizado por Bach, Bach, Böhmer e Nutzinger (1994), também se encontraram níveis elevados de raiva entre os indivíduos alexitímicos.

Outra característica frequente nestes indivíduos diz respeito à pobreza da vida onírica, que se prende mais com aspetos qualitativos do que com a recordação (Taylor et al., 1997). Os sonhos registados são constituídos por conteúdo mental arcaico e explícito, sendo ainda desprovidos de cor, bizarria e simbolismo (Taylor, 1984). A sua narração obedece às regras do pensamento operatório, sendo constituída pela descrição pormenorizada de um ato ou uma sequência de atos precisos, sempre intimamente ligados a uma realidade atual (Fonte, 1993). Os indivíduos mostram-se incapazes de associar elementos do sonho e, quando pressionados, limitam-se a fornecer mais detalhes simplistas, o que se deve à reduzida capacidade de produzir fantasias (Krystal, 1979).

A presença de características alexitímicas normalmente conduz a uma aparência rígida, bem como a uma diminuição da mímica e dos movimentos expressivos da face e do corpo. A associação entre esta postura e um discurso destituído da componente emocional e excessivamente direcionado para detalhes externos, torna estes indivíduos enfadonhos (Krystal, 1979; Nemiah et al., 1976), o que pode explicar o facto de terem menos amigos, bem como uma menor quantidade de relacionamentos interpessoais, menos suporte social percebido e uma menor rede de apoio social (Lumley, Stettner & Wehmer, 1996; Lumley, Ovies, Stettner, Wehmer & Lakey, 1996). A escassez de movimentos expressivos da face sugere a existência de défices ao nível da componente comportamental expressiva do sistema de resposta emocional (Parker, Taylor & Bagby, 1993).

Outro fator que parece estar relacionado com a escassez ao nível das redes sociais de apoio prende-se com a fraca capacidade empática dos indivíduos alexitímicos, que deriva da dificuldade em reconhecerem e usarem os seus próprios sentimentos como orientadores do comportamento, ficando dependentes apenas da racionalização (Krystal, 1979). Um estudo de Grabe, Spitzer e Freyberger (2001) confirmou os referidos défices ao nível da empatia, na medida em que se verifica uma correlação negativa da alexitimia com a cooperação, a aceitação social, a empatia e a prestabilidade. Indivíduos com alexitimia apresentam também constrangimentos ao nível da modulação dos estados emocionais dos outros, uma vez que as falhas no reconhecimento das suas experiências emocionais os

impedem de se imaginar na situação de outra pessoa. Esta falta de capacidade para empatizar com a experiência emocional de outrem encontra-se também inibida pela dificuldade em reconhecer e identificar expressões faciais de emoções, como comprovou um estudo de Parker, Taylor et al. (1993), cujos resultados indicam que quanto mais elevados os níveis de alexitimia, menor a capacidade de reconhecimento facial.

Também a relação médico-paciente apresenta algumas especificidades, na medida em que o indivíduo se mostra afetivamente pouco interessado no terapeuta, tratando-o com distanciamento e indiferença (Krystal, 1979). Esta falha na interação emocional com o terapeuta, espelha as relações típicas que estas pessoas tendem a estabelecer com o mundo à sua volta. Na relação psicoterapêutica, assumem o papel de pacientes, esperando uma cura por parte do terapeuta. Este tipo de atitude traduz uma certa literalidade e falta de imaginação (Krystal, 1979). Segundo Taylor (1984), tendem ainda a experienciar o terapeuta como uma duplicação de si mesmos.

Os indivíduos alexitímicos podem aparentar uma “*pseudo-normalidade*”, dando a impressão de serem pessoas socialmente bem adaptadas, integradas no seu mundo e expressando um elevado grau de conformidade social. Estas pessoas encaram a vida de uma forma mecânica, como se seguissem um manual de instruções, sendo que esta característica adquire a designação de “*robot-like existence*” (Taylor, 1984). As relações que estabelecem com o mundo e com os outros são superficiais, funcionando como proteção de angústias psicológicas, que surgem da perda do controlo dos limites do corpo, dos atos e dos sentimentos de identidade (Fernandes & Tomé, 2001). Por trás desta impressão de um funcionamento admirável, esconde-se uma esterilidade e monotonia de ideias, bem como um empobrecimento imaginativo, caracterizado por pensamentos compostos essencialmente por detalhes triviais do quotidiano (Krystal, 1979).

Verifica-se a existência de uma relação lógica entre os traços principais desta perturbação, sendo que a capacidade de comunicar os sentimentos a outrem é influenciada pela habilidade para distinguir os sentimentos das sensações corporais que acompanham os estados emocionais. Por outro lado, o estilo cognitivo orientado para o exterior explica a ausência de pensamentos internos e fantasias, bem como o repertório restrito no que diz respeito à expressividade emocional (Taylor et al., 1997).

As características cognitivas através das quais se define a alexitimia refletem défices quer no domínio cognitivo-experiencial dos sistemas de resposta emocional quer ao nível da regulação interpessoal das emoções. Os indivíduos com esta perturbação têm uma capacidade muito reduzida de comunicar a sua angústia aos outros, derivada da

incapacidade de reconhecer os seus sentimentos, o que conduz a uma lacuna na mobilização da sua rede social de apoio, que consequentemente não irá reagir como fonte de ajuda e conforto. A falta de habilidade para identificar e descrever os seus sentimentos constitui um entrave, na medida em que impede o indivíduo de elevar as emoções do nível sensório-motor da experiência para o nível representacional, no qual estas podem ser utilizadas como indicadores dos acontecimentos internos e externos, sendo moduladas por mecanismos psicológicos. Neste processo estão implicadas ambas as componentes supra referidas, ou seja, a componente cognitivo-experiencial do sistema de resposta emocional (consciência subjetiva e descrição verbal de sentimentos) e a regulação interpessoal das emoções (Taylor, 1994; Taylor, 1999; Taylor et al., 1997).

As aptidões limitadas ao nível da imaginação restringem a capacidade de modulação de emoções tais como a ansiedade através da fantasia, sonhos, interesses. Deste modo, a impossibilidade de modular os afetos negativos através de processos cognitivos e interpessoais adequados conduz a uma excessiva ativação fisiológica, bem como a comportamentos desadaptativos como forma de regulação afetiva (Luminet, Rimé, Bagby & Taylor, 2004; Lumley & Sielky, 2000). Entre estes comportamentos incluem-se: comportamentos impulsivos (Keltikangas-Järvinen, 1982) ou compulsivos, como é o caso da ingestão alimentar compulsiva, abuso de substâncias e comportamento sexual perverso (Taylor, 1984). Esta incapacidade de usar a fantasia como forma de modular os afetos negativos torna-se evidente num estudo de Horton, Gewirtz e Kreutter (2001), sendo que os resultados deste mostraram que os indivíduos alexitímicos recorrem mais frequentemente a formas de conforto físicas (e.g. andar de bicicleta; atividades sexuais), nunca referindo as memórias como fonte de consolo face a situações aversivas.

A alexitimia tem sido bastante associada às doenças psicossomáticas, uma vez que desempenha um papel potenciador da somatização. O estilo afetivo-emocional da alexitimia impede o reconhecimento dos aspetos afetivos das emoções, separando-os da sua componente visceral (Infrasca, 1997) o que conduz a uma focalização e amplificação dos componentes somáticos que acompanham a excitação emocional (Fonte, 1993). Segundo Taylor e Bagby (2004), os indivíduos alexitímicos não possuem uma representação mental adequadas das emoções, o que pode conduzir a que estas sejam experienciadas de uma forma intensa, conduzindo frequentemente a uma interpretação errada da sua causa, normalmente direcionada para uma doença (Taylor & Bagby, 2004; Taylor, Parker, Bagby, & Acklin, 1992).

Assim, devido aos constrangimentos no processamento e regulação das emoções que se verificam na alexitimia, esta tem sido considerada como um dos fatores de risco para o desenvolvimento de uma panóplia de perturbações médicas e psiquiátricas que estão relacionadas com a regulação dos afetos (Taylor et al., 1997). Uma possível explicação para este facto prende-se com a vivência de elevados níveis de afeto negativo, associada a baixos níveis de afeto positivo, bem como uma orientação para os factos, escassez de interesses, preferência pelo familiar e *coping* pouco adequado face ao *stress* (Taylor, 1994). A hipocondria, por exemplo, pode ser vista como resultante da incapacidade que se verifica nos indivíduos alexitímicos ao nível do processamento das suas emoções, o que leva a uma interpretação errada das sensações corporais que emergem aquando ao despertar de determinados estados emocionais (Nemiah et al., 1976; Taylor et al., 1997). Por outro lado, um estudo de Infrasca (1997) revelou que, para além dos constrangimentos ao nível das componentes emocional e visceral da excitação emocional, os indivíduos com alexitimia possuem uma reatividade neurovegetativa amplificada, o que se traduz num estado de alarme interno, caracterizado por uma constante e elevada ansiedade, que se expressa de forma somática. Devido à baixa capacidade dos indivíduos alexitímicos para relaxar após eventos de *stress*, os elevados níveis de ativação neurovegetativa são mantidos, não se alterando mesmo perante variações nas condições ambientais. Quando expostos a agentes *stressores*, os indivíduos alexitímicos respondem com um maior aumento na ativação vegetativa, o que, associado à ansiedade inicial, pode conduzir a uma intensificação dimensional das sensações somáticas.

A pobreza da expressão emocional levou à conclusão de que os indivíduos com alexitimia não possuíam qualquer experiência ou consciência das emoções, o que Taylor (1994) criticou, baseando-se na assumpção de que as emoções são fenómenos biológicos inatos, e acrescentando ainda que se situa precisamente na dificuldade de regulação emocional o problema dos alexitímicos (Taylor, 1994; Taylor, 1999). Esta afirmação é corroborada pelas violentas explosões emocionais que estes sujeitos por vezes manifestam, não sendo estas acompanhadas pelo reconhecimento do sentimento associado (Prazeres, 2000). O sujeito alexitímico não se caracteriza por não ter emoções, mas antes pela sua incapacidade de as identificar e comunicar (Berenbaum & Irvin, 1996).

Apesar de inicialmente descrita no domínio das doenças psicossomáticas e de vários estudos confirmarem a prevalência da alexitimia nas doenças somáticas (e.g. doenças cardiovasculares, distúrbios respiratórios, dores crónicas), não existe uma relação de mútua exclusividade, uma vez que muitos pacientes com doenças psicossomáticas não revelam

evidências de alexitimia, e vice-versa (Nemiah et al., 1976). Adicionalmente, a presença da alexitimia foi também observada em perturbações somatoformes e em perturbações psíquicas, particularmente na depressão, ansiedade, comportamentos aditivos, perturbações do comportamento alimentar, perturbação de stress pós-traumático e sociopatias (Duddu, Isaac & Chaturvedi, 2003; Honkalampi, Saarinen, Hintikka, Virtanen & Viinamäki, 1999; Lumley & Sielky, 2000; Sifneos, 1995; Torres, 2005). Cohen, Auld e Brooker (1994), consideraram que o que é sintomático na alexitimia é a presença de sinais e sintomas físicos, e não propriamente a doença somática.

A automutilação vem sendo associada à alexitimia, considerando-se que corresponde à expressão dos sentimentos de raiva ou desespero que os indivíduos se veem incapazes de verbalizar (Zlotnick et al., 1996). Também a tendência para o suicídio pode ser potenciada pela ausência de expressão dos afetos negativos, como comprovam os estudos cujos resultados apontam para a existência de uma correlação entre a alexitimia e o risco de suicídio (Iancu, Dannon, Poreh, Lepkifker & Grunhaus, 2001). A alexitimia tem sido também associada a mecanismos de defesa do ego, o que se justifica pelo facto de estes serem conceptualizados como formas de lidar com afetos angustiantes e avassaladores (Parker, Taylor & Bagby, 1998). Contudo, apesar de existir uma correlação positiva da alexitimia com estilos ego-defensivos imaturos, e negativa com formas mais maduras de defesa do ego, a alexitimia não deve ser vista como um processo meramente defensivo (Parker et al., 1998; Wise, Mann & Epstein, 1991). Torna-se então importante averiguar quais os fatores desenvolvimentais e psíquicos que impedem os indivíduos alexitímicos de usarem mecanismos de defesa do ego mais adaptativos (Parker et al., 1998).

1.3. Etiologia da Alexitimia

Na etiologia desta perturbação incluem-se múltiplos fatores, nomeadamente variações constitucionais hereditárias na organização cerebral, bem como deficiências desenvolvimentais precoces, originadas essencialmente pelas características da família e do meio social em que o indivíduo se insere (Taylor et al. 1997). Várias tentativas têm sido realizadas no sentido de explicar a etiologia da alexitimia, de entre as quais destacamos a teoria genética, neurofisiológica, psicodinâmica, sócio-cultural e desenvolvimental (Lesser, 1981), as quais passaremos a explicitar.

1.3.1. Teoria Genética

A teoria genética foi formulada por Heiberg e Heiberg (1977), através de um estudo realizado com 15 pares de gémeos monozigóticos e 18 pares de gémeos dizigóticos, usando uma entrevista semiestruturada, na qual oito questões se referiam a traços alexitímicos. No entanto, os dados não se revelaram conclusivos, ao que se acrescenta a constatação de Von Rad (1984) de que a teoria genética não seria capaz de explicar sob que circunstâncias ocorrem as manifestações da sintomatologia clínica.

1.3.2. Teoria Neurofisiológica

Esta teoria baseia-se em dois modelos distintos: o modelo *vertical* e o modelo *transversal* (Pedinielli & Rouan, 1998 cit in Fernandes & Tomé, 2001). O modelo *vertical* foca-se na deficiente transmissão de informação entre o sistema límbico e o neocórtex, verificando-se uma hipofunção do hemisfério direito.

Nemiah et al. (1976), propuseram uma explicação da alexitimia baseada neste conceito, afirmando a existência de uma falha de conexões adequadas entre o sistema límbico (decorrente de fatores genéticos ou de atrasos no desenvolvimento), responsável pelos impulsos e os afetos, e o neo-córtex, onde ocorre a representação consciente dos sentimentos e fantasias. Esta anomalia provocaria um bloqueio da atividade neuronal relacionada com a condução da excitação, o que impediria o normal processamento através das vias de elaboração cortical, sendo conduzida para o hipotálamo, resultando numa excessivamente forte e constante descarga no sistema nervoso autónomo. Os autores acrescentaram ainda que, uma explicação neurofisiológica deste processo não exclui a importância de fatores sociais e psicológicos (Nemiah et al., 1976). Mais tarde, Sifneos (1996) levantou a hipótese da existência de uma “afasia de sentimentos” na alexitimia, resultante da incapacidade de associar as emoções com os pensamentos adequados a estas, o que se deve à referida falha de conexões entre o sistema límbico e o neo-córtex.

O modelo *transversal* centra-se no estudo dos hemisférios cerebrais e da transferência de informação entre eles (Pedinielli & Rouan, 1998 cit in Fernandes & Tomé, 2001; Stephenson, 1996), partindo de investigações realizadas em doentes comissurectomizados. Hope (1977) defendeu a existência de uma *comissurectomia funcional* nos doentes alexitímicos, representando esta um mecanismo em que a perceção emocional do hemisfério esquerdo é negada pelo hemisfério direito. Daí resulta uma diminuição dos

sonhos, fantasias e capacidade de simbolização (Hope, 1977), correspondendo a características presentes na alexitimia.

Lumley e Sielky (2000) analisaram distintamente ambos os géneros, sendo que os resultados sugerem a existência de mecanismos diferentes em cada um dos sexos. A lateralidade cerebral revelou-se mais assimétrica nos homens, sendo que as mulheres possuiriam uma organização mais bilateral. No que concerne à comunicação inter-hemisférica, esta demonstrou-se mais eficaz no sexo feminino. Os autores levantam então a hipótese de a alexitimia nos homens ser essencialmente primária, resultante do desenvolvimento neurobiológico (e.g. assimetria hemisférica, deficiente integração inter-hemisférica), ao passo que as mulheres teriam uma maior tendência para desenvolver esta perturbação como resultado de situações emocionais traumáticas.

Os resultados encontrados por Parker, Taylor et al. (1993) num estudo com o objetivo de relacionar o reconhecimento de expressões faciais de emoções e a alexitimia, corroboram a existência nesta perturbação de um défice ao nível do hemisfério direito, bem como uma transferência interhemisférica deficitária.

1.3.3. Teoria Psicodinâmica

Esta teoria tem como principal autor McDougall (1974), que postulou a existência de uma falha na introjeção da representação do objeto maternal, conduzindo a uma lacuna das funções afetivas e de autocuidado. A mãe representa para o bebé um objeto regulador de tensões, que este não é ainda capaz de elaborar sozinho. Posteriormente, a criança vai interiorizando a imagem de uma mãe cuidadora e apaziguante, identificando-se com este papel que passa a realizar para si mesma (Prazeres, 2000). Quando a mãe interfere na criação de um objeto transitório, quer pela proibição das tentativas da criança de usar objetos precursores, quer impondo-se a ela própria como única fonte de satisfação (McDougall, 1974), inibe a emergência de atividade imaginal, bloqueando desta forma capacidades importantes de regulação dos afetos. Assim, haverá sempre a procura de um objeto externo, que desempenhe para o indivíduo as referidas funções (Prazeres, 2000).

O desenvolvimento dos afetos e as capacidades de regulação afetiva na infância são facilitados por fatores como o experienciar da partilha de afetos, o espelhar das suas expressões emocionais na figura de vinculação, o envolvimento em atividades prazerosas, bem como o facto de serem chamadas pelo seu próprio nome e falarem de sentimentos (Taylor et al., 1997). Quando a figura de vinculação é emocionalmente indisponível, ou a criança experiencia sistematicamente respostas inconsistentes, devido a uma falha de

ajustamento por parte dos pais, existe uma maior probabilidade de se verificarem anormalidades no desenvolvimento e regulação dos afetos, bem como estilos de vinculação inseguros (Emde, 1988; Osofsky & Eberhart-Wright, 1988). Uma vez que as capacidades de imaginação e de regulação emocional emergem com maior facilidade no contexto de padrões de vinculação seguros, é de esperar a existência de uma associação entre a alexitimia e padrões de vinculação inseguros (Taylor & Bagby, 2004).

No contexto da interação diádica mãe-criança, tem lugar uma das principais tarefas desenvolvimentais, que diz respeito à verbalização e simultaneamente *dessomatização* das emoções. É através deste processo que a criança se identifica com os padrões comportamentais afetivos da mãe, aprendendo a reconhecer as emoções como sinais indicadores para si mesma. Quando esta tarefa não é conseguida com sucesso, não ocorre a familiarização com os seus sentimentos, desejos e fantasias, e o indivíduo torna-se excessivamente preocupado com a realidade externa, o que caracteriza o pensamento operatório (Krystal, 1979). Por outro lado, quando as crianças aprendem que as emoções constituem o único meio de comunicar e controlar os seus pais (e.g. através de birras), forma-se a crença de que podem controlar tudo o resto de forma semelhante. Este constitui um dos principais constrangimentos na terapia, uma vez que, ao tentarmos levar o indivíduo a abdicar deste padrão comportamental, o que lhe pedimos é que abra mão do único tipo de comportamentos que se revelavam eficazes durante a sua infância (Krystal, 1979).

Os resultados de um estudo realizado por Keltikangas-Järvinen (1982), corroboraram a existência de uma relação entre a alexitimia e a fraca qualidade da relação estabelecida com a mãe durante a infância. As representações pouco adequadas acerca do *self* e dos objetos, construídas pelos indivíduos com alexitimia durante os primeiros anos de vida, bem como os défices na regulação dos afetos, influenciam o tipo de relações interpessoais que estas pessoas vão estabelecer futuramente (Taylor et al., 1997). Segundo Lesser (1981), estas relações tendem a ser caracterizadas por um elevado nível de dependência, ou por outro lado, por uma atitude de indiferença.

Por sua vez, Krystal (1979), defendeu que a alexitimia poderia estar associada à ocorrência de um trauma psíquico, e a sua severidade variar de acordo com o estágio de desenvolvimento do indivíduo na altura do trauma. Se o acontecimento traumático em causa tem lugar durante a infância, verifica-se uma interrupção no desenvolvimento emocional. Por outro lado, se o evento traumático ocorre na vida adulta, dá-se uma regressão para níveis inferiores de desenvolvimento afetivo (Krystal, 1979). Em ambos os

casos, existe uma incapacidade do indivíduo exercer um papel parental face a si próprio, resultante da inibição e distorção nas representações do *self* e do objeto (Prazeres, 2000). Contudo, a regressão constitui uma situação mais pontual, irregular, e reversível (Krystal, 1979). Também um estudo de Wise, Mann e Sheridan (2000) verificou que o trauma emocional é, por diversas vezes, reportado por indivíduos alexitímicos. Corroborando esta conceção da alexitimia, Cohen et al. (1994) consideraram que esta perturbação corresponde a um padrão de resposta ao trauma, incluindo a tendência para experienciar e comunicar sintomas físicos.

1.3.4. Teoria Socio-Cultural

Esta teoria postula a influência da aprendizagem social e dos determinantes culturais na génese da alexitimia, e vários têm sido os estudos realizados no sentido de tentar relacionar os traços característicos desta perturbação com as características do meio sócio-cultural de onde o indivíduo provém (Fonte, 1993; Lesser, 1981).

Existe a suposição de que a alexitimia pode ser explicada simplesmente através de diferenças ao nível da expressividade emocional em diferentes culturas e classes sociais. Todavia, apesar da expressão emocional ser influenciada pelas atitudes predominantes na cultura em que o indivíduo se insere, bem como pelos constrangimentos impostos pela linguagem (Leff, 1977; Mesquita & Frijda, 1992), as limitações nos processos de imaginação que constituem uma faceta desta perturbação não podem ser explicadas meramente por influências culturais (Taylor, Bagby & Parker, 1991). Segundo Taylor et al. (1997), a validação bem sucedida de uma medida de autorrelato da alexitimia (TAS) em diversos países, com culturas distintas, constitui um argumento contra a ideia de que esta perturbação seria determinada unicamente pela cultura.

Relativamente ao estatuto socioeconómico, um estudo de Amorim, Guerra e Maciel (2005) encontrou uma correlação negativa e moderada entre o estatuto social e a presença de alexitimia, numa amostra de doentes cardíacos, sendo que a escolaridade constituiu uma variável mais fortemente relacionada do que a profissão. Existem ainda outros estudos, realizados com a população geral, que têm observado uma correlação entre a alexitimia e níveis inferiores de escolaridade, bem como baixos níveis socioeconómicos (Barros, Lobo, Trindade & Teixeira, 1996; Kokkonen et al., 2001; Lane, Sechrest & Riedel, 1998; Salminen, Saarijärvi, Äärelä, Toikka & Kauhanen, 1999; Verissimo, Mota-Cardoso & Taylor, 1998). Taylor et al., (1992), consideraram estes resultados consistentes com a assumpção de que sujeitos de classes sociais inferiores tendem a expressar a angústia

emocional e o desconforto em termos corporais. Ainda no mesmo sentido, Kokkonen et al. (2001) colocaram a hipótese de que esta associação seja devida a lacunas no desenvolvimento de capacidades de comunicação e a interações sociais insatisfatórias durante o desenvolvimento (Kokkonen et al., 2001). Por sua vez, Bach et al. (1994) diferenciam-se dos autores anteriores, ao não encontrarem qualquer relação entre a alexitimia e o nível educacional.

Relativamente às diferenças de género, existem dados que confirmam uma maior prevalência da alexitimia nos homens do que nas mulheres (Honkalampi et al., 1999; Honkalampi et al., 2004; Kokkonen et al., 2001; Lane et al., 1998; Salminen, Saarijärvi, Äärelä & Tamminen, 1994; Salminen et al., 1999). Salminen et al. (1999) explicaram estas diferenças com base nas experiências emocionais precoces, diferenciadas de acordo com o género, refletindo os ideais estabelecidos culturalmente. Contudo, existem também investigações cujos resultados não revelaram qualquer associação entre alexitimia e o género dos participantes (Bach et al., 1994; Barros et al., 1996).

Existem ainda evidências empíricas da existência de uma correlação da alexitimia com idades mais avançadas (Amorim et al., 2005; Lane et al., 1998; Salminen et al., 1999; Verissimo et al., 1998), embora algumas investigações tenham obtido resultados que contradizem esta associação (Bach et al., 1994; Barros et al., 1996).

Lesser (1981) considerou que a alexitimia é influenciada pelo pensamento e filosofia ocidentais, no sentido em que é considerada saudável a expressão das emoções, e perturbada a sua inibição. Contudo, esta assumpção não tem necessariamente que ser válida em outras culturas. O autor considerou que, para melhor compreender a influência dos fatores sócio-culturais na etiologia da alexitimia, devem ser levados a cabo estudos, cuja amostra seja composta por indivíduos de diferentes etnias e contextos culturais (Lesser, 1981).

1.3.5. Teoria Cognitivo-Comportamental

Barros et al. (1996), consideraram que as teorias psicanalítica e neurofisiológica se centram excessivamente na doença, atribuindo-lhe um carácter deficitário. Surge então a necessidade de encarar a alexitimia como uma variável psicológica presente no funcionamento de alguns sujeitos, podendo contribuir para a adoção de comportamentos prejudiciais à saúde (Barros et al., 1996).

Esta teoria centra-se mais na explicação da relação entre as características alexitímicas e a existência de perturbações relacionadas com o *stress* e incide menos sobre os

mecanismos envolvidos na origem destas características, sendo proposta por Martin e Pihl (1985) como a *hipótese stress-alexitimia*. Estes autores defenderam que, a resposta a um agente *stressor* implica a participação de três componentes: fisiológico, comportamental e cognitivo. Devido à presença de características alexitímicas, o indivíduo tende a responder a estas situações de uma forma pouco apropriada, que não lhe permite lidar eficazmente com o agente *stressor*. Esta inadequação prende-se com a falta de conhecimento emocional (componente cognitiva que permite identificar um evento como *stressante*), incapacidade de expressar emoções e tendência para usar a ação de forma elementar (componente comportamental). Todos estes aspetos levam à exacerbação da componente fisiológica, o que irá conduzir ao aparecimento de sintomas somáticos. Adicionalmente, a incapacidade de identificar situações potencialmente indutoras de *stress*, conduz a uma frequência mais elevada de exposição a agentes *stressores*. Martin e Pihl (1985) acrescentaram ainda que, nos sujeitos alexitímicos se verifica uma dissociação entre as respostas subjetivas e fisiológicas, sendo que estes tendem a apresentar uma atividade simpática frequentemente elevada, mas as suas respostas subjetivas não conheceriam a perceção do seu estado fisiológico. Ou seja, as respostas subjetivas constituem a avaliação que o sujeito faz das condições do seu meio exterior, independentemente do seu estado interno. Os autores referiram que, em investigações futuras, seria importante averiguar a influência que as características alexitímicas desempenham na resposta fisiológica ao *stress*, examinando este tipo de resposta a nível cognitivo, comportamental ou fisiológico, em indivíduos com elevadas ou baixas características alexitímicas (Martin & Pihl, 1985).

1.3.6. Teoria Multifatorial

Esta teoria decorre da distinção feita por Freyberger (1977) entre a alexitimia primária e secundária. Para este autor, a alexitimia primária resultaria de um fator disposicional, presente ao longo da vida, que aumenta a probabilidade de ocorrência de perturbações psicossomáticas, tendo portanto uma origem biológica. Por outro lado, a alexitimia secundária surgiria face à presença de doenças que representam uma ameaça à vida do indivíduo, ou resultam numa condição física debilitante, pelo que a sua origem seria de ordem traumática (Freyberger, 1977). Assim, Sifneos (1991) colocou a hipótese da interferência de várias teorias explicativas na alexitimia. Existiria um modelo deficitário neuro-anatómico segundo o qual, défices na estrutura neuro-anatómica, alterações bioquímicas ou fisiológicas, fatores hereditários e uma interrupção da comunicação entre o

sistema límbico e o neo-córtex, constituiriam a causa da alexitimia primária. Por outro lado, fatores psicológicos e sociais, tais como trauma psicológico na infância ou na vida adulta e uso excessivo de mecanismos de defesa tais como a repressão e a negação, estariam na base do aparecimento da alexitimia secundária.

1.4. Alexitimia: Estado/Traço

Apesar da concordância relativamente às características clínicas e à definição da alexitimia, verifica-se uma divergência decorrente das diferentes visões deste constructo. Alguns autores consideram esta perturbação como um traço de personalidade, outros veem-na como um estado transitório secundário à angústia psicológica associada a uma doença grave ou a outra situação *stressora*, e outros ainda encaram-na como um conjunto de estratégias de *coping*, desencadeadas por situações específicas (Ahrens & Deffner, 1986).

A relação entre a alexitimia e a depressão encontrada em vários estudos, poderá conduzir à assumpção de que a alexitimia constitui um estado e não um traço estável da personalidade (Luminet, Bagby & Taylor, 2001), o que se encontra em conformidade com os resultados de vários estudos, que revelaram reduções significativas nos níveis de alexitimia, especialmente quando se verificaram melhorias na depressão (Honkalampi et al., 2000; Honkalampi et al., 2001; Honkalampi et al., 2004; Iancu et al., 1999). Todavia, a depressão não se correlaciona igualmente com todas as dimensões da alexitimia, sendo que vários estudos apontam para a existência de uma correlação entre a depressão e a capacidade de identificar e expressar sentimentos, na medida em que esta capacidade aumenta à medida que diminuem os níveis de depressão (Berthoz, Consoli, Perez-Diaz & Jouvent, 1999; Duddu et al., 2003; Saarijärvi, Salminen & Toikka, 2001). Contudo, o pensamento operativo característico da alexitimia não experimentou mudanças com a melhoria dos sintomas depressivos, o que conduz à afirmação de que este aspeto constitui uma traço de personalidade, independente da depressão (Fukunishi, Kikuchi, Wogan & Takubo, 1997; Saarijärvi et al., 2001). Segundo Duddu et al. (2003), a dificuldade na verbalização dos sentimentos encontra-se associada ao processo de atribuição psicológica patente na perturbação depressiva.

Quando se faz a distinção entre estabilidade absoluta (extensão das mudanças na alexitimia ao longo do tempo) e estabilidade relativa da alexitimia (continuidade temporal

das diferenças na alexitimia entre os indivíduos), o que se verifica é que apesar dos níveis de alexitimia de pacientes com depressão poderem sofrer alterações na presença de grandes mudanças na severidade dos sintomas depressivos, as diferenças relativas nos níveis de alexitimia entre os pacientes permaneceram as mesmas (Luminet et al., 2001), demonstrando assim a estabilidade da perturbação.

Vários estudos não encontraram variações nos níveis de alexitimia, mesmo quando a angústia emocional se modifica, sugerindo que a alexitimia corresponde a um traço constante da personalidade, e não a um estado passageiro, não se registando alterações, quer espontaneamente quer mediante tratamento psiquiátrico (Fukunishi et al., 1997; Salminen et al., 1994). Segundo Mattila, Poutanen, Koivisto, Salokangas e Joukamaa (2008), os resultados dos estudos podem ser enviesados pelo facto de se medir a depressão apenas através de uma medida de autorrelato, uma vez que as características alexitímicas podem interferir com as respostas dadas. Por outro lado, uma entrevista estruturada poderá falhar na identificação de uma grande proporção de sujeitos alexitímicos com depressão. Desta forma, os autores propõem a utilização de uma entrevista clínica semiestruturada (Mattila et al., 2008).

Bach et al. (1994) também consideram a alexitimia como um constructo distinto, uma vez que os resultados encontrados no seu estudo não corroboraram a visão da alexitimia como uma defesa face à ansiedade ou depressão. Ainda neste sentido, Grabe et al. (2001) concluíram que a psicopatologia em geral (incluindo a depressão e a ansiedade) explica apenas 5% da variância da TAS-20, o que se encontra em concordância com a hipótese de que a alexitimia constitui uma dimensão estável da personalidade, pouco influenciada por variáveis relativas ao estado. Existem ainda outros estudos que comprovam a independência da alexitimia em relação a outras perturbações psicológicas, nomeadamente o *stress* (Martínez-Sánchez, Ato-García, Adam, Medina & España, 1998). Também Taylor et al. (1991), consideraram a alexitimia como um traço estável da personalidade, que interagindo com os agentes *stressores* aumenta a suscetibilidade para o desenvolvimento de perturbações somáticas.

Para comprovar a independência da alexitimia relativamente à depressão e à ansiedade, Taylor et al. (1997), consideraram que o ponto fulcral consiste em considerar a alexitimia como uma variável predisponente ao desenvolvimento de outras perturbações relacionadas com a regulação deficitária dos afetos.

Freyberger (1977), verificou a ocorrência de uma constrição da expressão emocional e da atividade imaginal em pacientes submetidos a hemodiálise ou transplante de órgãos,

bem como em indivíduos institucionalizados em unidades de cuidados intensivos, correndo risco de vida. O autor designou este fenómeno por alexitimia secundária, constituindo um estado transitório e não um traço de personalidade. A alexitimia secundária parece estar associada a um mecanismo protetor de negação do significado e gravidade da doença, e o seu curso estará relacionado com o curso da própria doença. Ou seja, poderá desaparecer com a melhoria da doença, ou assumir um carácter mais permanente caso a doença que lhe deu origem siga um curso crónico (Freyberger, 1977; Freyberger, Künsebeck, Lempa, Wellmann & Avenarius, 1985).

Por sua vez, Sifneos (1995) utilizou a designação alexitimia secundária referindo-se às características da alexitimia resultantes de atrasos desenvolvimentais, trauma psicológico massivo em algum momento da vida, bem como fatores socioculturais e psicodinâmicos, sendo estes últimos referentes ao uso excessivo de mecanismos de negação ou regressão. Este autor atribuiu a alexitimia primária aos défices neurobiológicos, resultantes de uma desconexão entre o sistema límbico e o neo-córtex (Sifneos, 1995).

Existem ainda estudos, cujos resultados suportam a conceptualização da alexitimia enquanto traço de personalidade, bem como enquanto um estado secundário, constituindo uma estratégia para lidar com situações emocionais problemáticas, e os seus autores assumiram uma posição intermédia admitindo ambas as possibilidades (Bach & Bach, 1996; Horton et al., 1992).

Tendo em consideração as investigações referidas, bem como muitas outras existentes na literatura, verificamos que os resultados se mostram por vezes contraditórios, não permitindo tomar uma posição única quanto à estabilidade da alexitimia.

1.5. Avaliação da Alexitimia

A alexitimia revela-se um fenómeno de difícil operacionalização, sobretudo devido à lacuna existente no que se refere a instrumentos de identificação e avaliação fiáveis e válidos (Lesser, 1981; Taylor, 1984). Para avaliar esta perturbação na regulação dos afetos, têm sido usados vários instrumentos entre os quais: questionários, testes projetivos, análise do conteúdo verbal do discurso e escalas de autoavaliação. Por outro lado, também determinados testes radiológicos (e.g. PET, TAC, SPET e RMN) fornecem informações relevantes relativamente a possíveis alterações estruturais (Fernandes & Tomé, 2001), bem

como oportunidades para comparar a estrutura e função cerebral dos alexitímicos e não alexitímicos (Taylor & Bagby, 1988).

No que se refere a questionários, Sifneos (1973) desenvolveu o BIQ (*Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire*), que apresenta como único ponto positivo a validade facial (Ahrens & Deffner, 1986), e é criticado devido ao facto de ser o avaliador a decidir a cotação atribuída a cada item, questionando-se a fiabilidade interavaliadores (Fernandes & Tomé, 2001). Lesser (1981) afirma que o BIQ reflete apenas descrições clínicas, não contribuindo para a validade externa do próprio constructo. Para minimizar a influência do entrevistador, Krystal, Giller e Cicchetti (1986) desenvolveram a APRQ (*Alexithymia Provoked Response Questionnaire*), uma entrevista padronizada composta por 17 questões cujo objetivo é *provocar* e avaliar a produção de material afetivo.

Também os testes projetivos têm vindo a ser utilizados, no sentido de avaliar a expressão verbal afetiva e a capacidade de fantasiar. De entre os mais utilizados salientam-se os seguintes: *Thematic Apperception Test* (TAT), *Rorschach e Archetypal Test with 9 elements* (AT9 Test). As respostas obtidas através destes são facilmente influenciadas pelo examinador, e a pontuação e interpretação destas são altamente subjetivas (Taylor & Bagby, 1988). Taylor e Bagby (1988) afirmaram que se torna impraticável utilizar estes instrumentos como medidas da alexitimia na prática clínica, devido não só à falta de dados normativos, como também ao tempo necessário para administrar e avaliar tais testes.

A análise do conteúdo do discurso mostra-se relevante, na medida em que, a alexitimia é essencialmente uma perturbação da comunicação (Taylor, 1984), sendo efetuada através de sequências comunicacionais ou de monólogos (respostas a cartões selecionados do TAT, ou relatos do indivíduo acerca acontecimentos de vida significativos) (Fonte, 1993).

No que concerne às escalas de autorrelato, são de destacar a AAS (*Analog Alexithymia Scale*) (Faryna, Rodenhauser & Torem, 1986), o BVAQ (*Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire*) desenvolvido por Vorst e Bermond (2001), a 22 – *Item MMPI Alexithymia Scale* (Kleiger & Kinsman, 1980) e, por último, a Toronto Alexithymia Scale (Taylor, Ryan & Bagby 1985). A Analog Alexithymia Scale (Faryna et al., 1986) foi desenvolvida com base na *Schalling-Sifneos Personality Scale* (Apfel & Sifneos, 1979), e pretende melhorar a sensibilidade, eliminando a possível influência de uma escala numérica. É composta por 22 pares de questões polarizadas relativas ao comportamento do sujeito, sendo-lhe solicitado que se posicione colocando um traço vertical numa linha de 10cm, cujos extremos representam os pólos de cada questão. Por outro lado, o BVAQ corresponde a uma extensão da *Amsterdam Alexithymia Scale* (Bermond, Vorst, Gerritsen

& Vingerhoets, 1994 cit in Vorst & Bermond, 2001), sendo esta um questionário de 20 itens, que pretendem avaliar 5 aspetos da alexitimia. O BVAQ é composto por duas versões paralelas (A e B), cada uma contendo 20 itens, que em conjunto formam uma versão mais extensa, medindo igualmente 5 fatores da alexitimia, nomeadamente: *verbalizing*, *fantasizing*, *identifying*, *emotionalizing* e *analysing* (Vorst & Bermond, 1992). Por sua vez, a 22 – *Item MMPI Alexithymia Scale* (Kleiger & Kinsman, 1980), pretende determinar a presença ou ausência de alexitimia através de um curto autorregisto. Esta escala perde validade, na medida em que não se encontra devidamente validada, sendo derivada empiricamente na base de correlação com o BIQ (Taylor, 1984). Verifica-se ainda uma falta de consistência interna, bem como escassas evidências empíricas de que as dimensões da escala representem os domínios principais da alexitimia (Bagby, Parker & Taylor, 1991). Adicionalmente, verifica-se uma falta de validade facial e de constructo deste instrumento, pelo que é desaconselhado o seu uso, quer na prática clínica, quer na investigação (Taylor & Bagby, 1988).

1.5.1. *Toronto Alexithymia Scale*

Este questionário de autoavaliação, foi inicialmente desenvolvido por Taylor et al. (1985), comportando um conjunto de 26 itens, cada um deles podendo ser categorizado através de uma escala de *Lickert* de 5 pontos (1-total desacordo; 2-desacordo moderado; 3-sem opinião; 4-acordo moderado e 5-acordo total). A análise fatorial desta escala conduziu a uma estrutura de quatro fatores, consistentes com o constructo de alexitimia, sendo eles: (1) dificuldade em identificar e diferenciar sentimentos de sensações corporais; (2) dificuldade em comunicar e expressar sentimentos; (3) reduzida capacidade de fantasiar e (4) estilo de pensamento orientado para o exterior (Taylor et al., 1985). Estudos ulteriores demonstraram que a TAS-26 possuía uma adequada consistência interna, boa fiabilidade e excelente validade de constructo, e as quatro subescalas mostravam-se válidas e fiáveis, quer em amostras clínicas quer na população normativa (Bagby, Taylor, Parker & Loiselle, 1990; Iancu, et al., 1999; Kauhanen, Julkunen & Salonen, 1991; Kauhanen, Julkunen & Salonen, 1992; Mann, Wise & Shay, 1992).

Não obstante as suas qualidades psicométricas sem precedentes neste âmbito, a TAS-26 demonstrou possuir também algumas limitações, nomeadamente no que se refere à elevada correlação entre os primeiros dois fatores, questionando a sua independência (Taylor, Bagby & Parker, 1992). Por outro lado, verificou-se uma falta de coerência associada ao fator 3, cujos itens se mostram bastante suscetíveis de serem influenciados

pela desejabilidade social (Taylor et al., 1992). Desta forma, surge uma versão revista da escala, designada por TAS-R (*Revised Toronto Alexithymia Scale*). Esta comporta 23 itens, tendo como principais disparidades em relação à original, a ausência de itens relativos à capacidade de fantasiar, bem como um aumento de itens relacionados com o estilo de pensamento orientado para o exterior. Também a sua estrutura fatorial se mostra distinta, uma vez que esta se encontra organizada em dois fatores: (1) capacidade de distinguir os sentimentos das sensações corporais, bem como a capacidade de os descrever, e (2) estilo de pensamento orientado para o exterior (Taylor et al., 1992). Os autores da TAS-R procederam à análise das suas características psicométricas, concluindo que esta possui uma adequada consistência interna (α de Cronbach=.82), estabilidade, bem como validade convergente e discriminante (Taylor et al., 1992).

Posteriormente, análises fatoriais confirmatórias, colocam a hipótese de que o constructo alexitimia seria representado mais fidedignamente por uma estrutura de 3 fatores, o que levou a uma reexaminação da estrutura composicional desta escala, conduzindo ao desenvolvimento de uma nova versão, à qual se deu a designação de TAS – 20 (Bagby, Parker et al., 1994; Parker, Bagby et al., 1993). Esta nova versão da escala é constituída por 20 itens, 5 dos quais são cotados negativamente, no sentido de evitar a desejabilidade social.

Um estudo dos autores da escala revela uma elevada consistência interna (α de Cronbach= .81), e a análise fatorial produziu uma estrutura de 3 fatores, refletindo dimensões teóricas essenciais e distintas do conceito de alexitimia, nomeadamente: (1) dificuldades na identificação de sentimentos (itens 1, 3, 6, 7, 9, 13 e 14); (2) dificuldades na descrição de sentimentos (itens 2, 4, 11, 12 e 17); e (3) estilo de pensamento orientado para o exterior (itens 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20) (Bagby, Parker et al., 1994). Também os fatores revelaram uma adequada consistência interna, com exceção do fator 3, que se encontra ligeiramente abaixo do valor preconizado (α s de Cronbach: F1= .78; F2= .75; F3= .66). Esta estrutura fatorial mostrou-se bastante estável e replicável, sendo obtida em diversos estudos (Bagby, Parker et al., 1994; Bressi et al., 1996; Loas et al., 2001; Parker, Bagby et al., 1993; Parker, Taylor & Bagby, 2003). Adicionalmente, a análise da relação entre os 3 fatores constituintes da TAS-20 revela que estes avaliam 3 facetas separadas, embora inter-relacionadas, da alexitimia (Bagby, Parker et al., 1994; Parker, Bagby et al., 1993; Parker et al., 2003).

Todavia, existem estudos cujos resultados não se coadunam com esta estrutura fatorial (Zech, Luminet, Rimé & Wagner, 1999). Uma destas investigações tem como autores

Müller, Bühner e Ellgring (2003a), tendo encontrado resultados que suportam uma estrutura fatorial de 4 fatores, sendo estes: (1) dificuldade na identificação de sentimentos; (2) dificuldade na descrição de sentimentos; (3) pensamento pragmático; e (4) falta de significado subjetivo ou importância das emoções. Por sua vez, Haviland e Reise (1996b), estudando uma amostra clínica, encontraram uma estrutura fatorial composta por 3 fatores, sendo estes diferentes daqueles previamente identificados. Os autores não atribuem uma designação a estes fatores, referindo apenas que se verificou uma fusão dos fatores relacionados com a consciência das emoções (F1 e F2), bem como a divisão do fator 3 em dois fatores distintos (Haviland & Reise, 1996b).

A TAS-20 tem ainda revelado uma adequada consistência interna, bem como precisão teste-reteste (Bach & Bach, 1996; Bagby, Parker et al., 1994; Bressi et al., 1996; Kojima, Frasure-Smith & Lespérance, 2001; Parker et al., 2003). Adicionalmente, os resultados obtidos num trabalho dos autores da escala, vêm comprovar a sua validade discriminante, convergente e concorrente (Bagby, Taylor et al., 1994). Este estudo encontrou ainda uma correlação negativa entre a TAS-20 e a abertura à experiência, o que se encontra em conformidade com a suposição de que este instrumento se relaciona com défices na consciência emocional e na atividade imaginativa (Bagby, Taylor et al., 1994).

No que concerne aos pontos de corte, estes indicam que indivíduos com resultados iguais ou superiores a 61 são considerados alexitímicos, enquanto os sujeitos com resultados iguais ou inferiores a 51 são definidos como não alexitímicos (Taylor et al., 1997). Existe assim uma zona de fronteira, que se situa entre os valores 52 e 60.

Este instrumento tem vindo a ser mundialmente utilizado, como se pode comprovar pelo facto de ter sido já traduzido para 18 línguas, e avaliado em 19 países diferentes (Taylor, Bagby & Parker, 2003). Em Portugal verifica-se a existência de duas adaptações da escala, uma das quais realizada por Prazeres et al. (2000), e a outra por Verissimo (2001). A versão de Prazeres et al., (2000) teve por base os 14 itens comuns da adaptação portuguesa da versão original (TAS-26) (Paulino, Barbosa, Godinho & Santos, 1996), tendo efetuado a tradução dos restantes. Após a tradução destes 6 itens, foi efetuada a sua retroversão, não se encontrando diferenças em relação à versão original (Prazeres et al., 2000). Esta versão portuguesa mostrou possuir equivalência linguística, bem como uma adequada consistência interna, e uma excelente precisão teste-reteste. A análise fatorial confirmatória produziu uma composição de 3 fatores, congruente com a estrutura fatorial identificada pelos autores da escala (Prazeres et al., 2000).

A adaptação de Verissimo (2001) revelou apenas uma alteração em relação à anterior, sendo esta referente à validação semântica. A tradução foi efetuada por duas pessoas independentes e fluentes na língua inglesa, sendo ambas as versões submetidas a debate, de forma a encontrar um consenso. A versão final foi então alvo de uma série de estudos piloto, tendo sido posteriormente submetida a retroversão, após a qual foi enviada aos autores da escala, que comprovaram a sua equivalência linguística (Verissimo, 2001). No sentido de avaliar a estrutura fatorial e a fidelidade da escala, o autor recorreu a 3 amostras: estudantes universitários; utentes em consulta de rotina; e indivíduos com doença inflamatória intestinal. Através do método da análise dos componentes principais, o autor verificou ligeiras flutuações na estrutura composicional da escala, que segundo o próprio não justificam uma proposta de alteração (Verissimo, 2001). No que se refere à consistência interna, o total da escala bem como o fator 1 produziram valores satisfatórios em todas as amostras (Total: *alphas* entre .67 e .87; F1: *alphas* entre .77 e .87), ao passo que os fatores 2 e 3 obtiveram valores mais baixos (F2: *alphas* entre .56 e .66; F3: *alphas* entre .36 e .70). Relativamente à estabilidade, verifica-se uma excelente precisão teste-reteste quer do valor total da escala, quer dos 3 fatores individualmente (Verissimo, 2001). As diferenças entre esta versão da escala e a versão realizada por Prazeres et al. (2000) verificam-se apenas ao nível do fraseamento (Verissimo, 2001).

A TAS-20 tornou possível uma grande variedade de investigações acerca da alexitimia, sendo também responsável pela amplificação da visibilidade deste conceito entre a comunidade científica (Vorst & Bermond, 2001). Vários autores suportam o facto de que a TAS constitui o instrumento de avaliação mais fiável e válido, satisfazendo os requisitos psicométricos pré-estabelecidos (Bagby, Taylor & Ryan, 1986; Lundh, Johnsson, Sundqvist & Olsson, 2002; Saarijärvi et al., 2001; Taylor & Bagby, 1988; Taylor & Bagby, 2004; Taylor, Bagby & Luminet, 2000; Vorst & Bermond, 2001).

Apesar de todas as suas potencialidades, a TAS-20 constitui-se como um método de autorrelato, possuindo assim algumas das limitações que a estes estão inerentes, nomeadamente o facto de os indivíduos não estarem conscientes dos seus défices, influenciando a capacidade de os identificarem. Assim, Bagby, Taylor, Parker e Dickens (2006) envolveram-se na construção de uma entrevista estruturada visando a identificação da alexitimia. Esta entrevista tem a designação de *Toronto Structured Interview for Alexithymia* e é constituída por 24 questões, agrupadas em torno de 4 fatores: dificuldade em identificar os sentimentos; dificuldade em descrever os sentimentos; estilo de pensamento orientado para o exterior; e processos imaginativos. Este instrumento mostrou

possuir fiabilidade teste-reteste, validade concorrente e fatorial, bem como uma elevada correlação com a TAS-20. Sendo uma entrevista, este método possui inúmeras vantagens, das quais se destaca a possibilidade de comprovar, explorar e contextualizar as respostas, conduzindo a uma maior clareza do significado das respostas obtidas (Bagby et al., 2006). Encontra-se em curso, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, um estudo de adaptação da TSIA para a língua portuguesa.

1.6. Pertinência do Estudo

Sendo a alexitimia um conceito clinicamente relevante (Koiman, Spinhoven & Trijsburg, 2002) o seu estudo revela-se de suma importância, uma vez que os indivíduos alexitímicos tendem a recorrer a consultas de inúmeras especialidades, realizando diversos exames médicos e iniciando tratamentos que podem até agravar a sintomatologia, antes de serem corretamente encaminhados (Fernandes & Tomé, 2001; Sifneos, 1991). De ressaltar também a elevada prevalência desta perturbação em diversas doenças físicas e mentais (Amorim et al., 2005; Duddu et., 2003; Honkalampi et al., 1999; Lumley & Sielky, 2000; Sifneos, 1995; Torres, in press).

Outro dos aspetos que valida o estudo desta perturbação da regulação emocional prende-se com as importantes implicações desta no tratamento, nomeadamente o facto de a alexitimia poder limitar o sucesso da intervenção terapêutica. A ênfase colocada na presença de conflitos emocionais intrapsíquicos, leva a que experienciem progressivamente mais tensão, podendo acentuar a angústia psicológica e por conseguinte agravar os distúrbios psicopatológicos ou a sintomatologia psicossomática (Sifneos, 1991, 1996; Torres, in press). Adicionalmente, as elevadas correlações encontradas com a depressão (Honkalampi et al., 2000; Honkalampi et al., 2001; Honkalampi et al., 2004; Iancu et al., 1999) têm levado a que se considere a hipótese da alexitimia ser potenciadora desta perturbação. De igual forma, verifica-se a existência de uma relação entre a ansiedade e a alexitimia (Zeitlin & McNally, 1993), considerando-se que as pessoas ansiosas apresentam uma maior tendência para conter as experiências emocionais, evitando assim a vivência das sensações fisiológicas relacionadas com os afetos. Torna-se assim relevante o estudo da alexitimia no âmbito da intervenção psicológica em várias vertentes, na medida em que uma correta intervenção nesta última poderá trazer benefícios na redução da psicopatologia associada.

Tendo a TAS-20 vindo a ser utilizada a uma escala mundial (Koiman et al., 2002; Taylor et al., 2003), Portugal não se revela exceção e este instrumento tem sido extensivamente utilizado no nosso país. Embora não tenha sido especialmente concebida para a população adolescente, verifica-se um vasto uso da TAS-20 entre este estrato populacional (Heaven et al., 2010; Sayar & Kose, 2003; Säkkinen, et al., 2007; Seo et al., 2009). Desta forma, e tendo em atenção a lacuna de estudos abrangendo esta faixa etária (Seo et al., 2009), torna-se sobremaneira pertinente o presente estudo, no sentido de averiguar as qualidades psicométricas deste instrumento na referida população.

Um estudo semelhante foi já levado a cabo por Valeria, Maria, Luigi e Luigi (2007), e os resultados obtidos validam a utilização da TAS-20 com adolescentes. Apenas a estrutura fatorial se revelou um pouco díspar, uma vez que o fator 3 parece dividido em dois fatores distintos, em concreto: dificuldade em estar em contacto com as emoções; e pensamento orientado para o exterior. Por outro lado, também Seo et al. (2009) se propuseram a investigar a validade e a fidelidade da TAS-20 numa amostra de adolescentes Coreanos, obtendo a replicação da estrutura fatorial original. Estes autores concluíram que a escala é viável de ser aplicada aos jovens da Coreia. Por sua vez, Nishimura et al. (2009) realizaram uma investigação com adolescentes japoneses, mas procederam primeiramente a uma adaptação linguística do instrumento, tornando-o mais compreensível para os jovens. Ao novo instrumento foram ainda adicionados 9 itens, extraídos da TSIA, e este revelou uma estrutura fatorial de 4 fatores, sendo estes correspondentes aos 4 traços característicos da perturbação, mostrando-se bastante adequado para a aplicação com adolescentes. Também a versão finlandesa parece bastante exequível de ser aplicada aos adolescentes, na medida em que um estudo de Säkkinen et al. (2007) replicou a estrutura fatorial original da escala, conferindo-lhe assim validade de constructo. Também a fidelidade e a precisão teste-reteste foram confirmadas com esta amostra.

Tendo em atenção que a aplicabilidade da TAS-20 com adolescentes tem vindo a ser estudada em diversos países, parece-nos pertinente que tal seja levado a cabo também com a população portuguesa. Um dos motivos que valida a adaptação portuguesa da TAS-20 com adolescentes prende-se com as incertezas acerca do pleno desenvolvimento das capacidades emocionais nesta fase da vida. De facto, alguns autores questionam-se acerca da significância de avaliar a alexitimia durante estes anos emocionalmente tão turbulentos, sob pena de que os traços alexitímicos detetados se limitem a imitar os défices cognitivo-afetivos observados com adultos (Säkkinen et al., 2007).

2. Método

Com o intuito de avaliar a adequabilidade da aplicação da TAS-20 em adolescentes, foram conduzidos dois estudos com objetivos distintos. O estudo 1 centrou-se na análise das validades de constructo e convergente do instrumento, bem como na análise da consistência interna. O estudo 2 visou avaliar a validade diferencial da TAS-20.

2.1. Estudo 1

2.1.1. Objetivo

Esta investigação propõe-se averiguar a validade de constructo da TAS-20, recorrendo para tal à análise da estrutura fatorial que se lhe encontra subjacente. Também a validade convergente do instrumento constituiu objeto deste estudo, sendo analisada a sua relação com a SDS. Por último, pretendeu-se ainda avaliar a consistência interna da TAS-20, através do cálculo do coeficiente *Alpha* de Cronbach.

2.1.2. Participantes

Participaram neste estudo 245 estudantes portugueses, de ambos os sexos, residentes na área metropolitana do Porto. As idades estiveram compreendidas entre os 13 e os 20 anos ($M= 16,14$; $DP=2,31$), de forma a abarcar a faixa etária correspondente ao período da adolescência, que constitui o foco da investigação. A faixa etária constituiu o único critério de seleção adotado. Como critério de exclusão considerou-se a ausência de domínio da língua portuguesa. Esta amostra não é representativa da população geral (Poeschl, 2006), tendo sido selecionada através de amostragem não probabilística.

2.1.3. Material

2.1.3.1. Questionário de dados sociodemográficos

Este questionário foi construído com o intuito de recolher os dados sociodemográficos dos participantes, nomeadamente a idade, o sexo e o ano de escolaridade (cf. Anexo A).

2.1.3.2. Escala de Autoavaliação da Depressão de Zung (SDS)

Desenvolvida por Zung (1965), esta escala de autoavaliação tem como principal objetivo a quantificação da sintomatologia depressiva. Os 20 itens do instrumento centram-se, essencialmente, na presença de humor depressivo, bem como nas suas concomitantes fisiológicas e psicológicas. O autor agrupou os sintomas mais comuns da depressão em 3 categorias: 1) perturbações afetivas comuns; 2) perturbações fisiológicas; e 3) perturbações psicológicas, englobando a atividade psicomotora e a componente ideativa. De forma a preencher corretamente este instrumento, o sujeito deve selecionar para cada item, a opção que melhor descreve a forma como se sente no momento do teste, dispondo para tal de 4 opções (“raramente”; “por vezes”; “muitas vezes” e “quase sempre”). Tendo em atenção que metade dos itens que constituem a escala correspondem a sintomas negativos (2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18 e 20), a cotação atribuída varia de 1 a 4, ou de 4 a 1, consoante o item é sintomaticamente positivo ou negativo respetivamente (Zung, 1965).

A preocupação do autor não se prendeu apenas com a definição operacional qualitativa da depressão, ou com a quantificação da sintomatologia, tendo também em vista a validação da escala em vários contextos clínicos, através de estudos transculturais (Diegas & Cardoso, 1986).

Verificam-se algumas lacunas no que se refere à análise da estrutura fatorial deste instrumento, e Powell (2003) referiu que esta se mostra bastante variável em função da população em análise. A SDS tem vindo a ser correlacionada com o Inventário da Depressão de Beck, e um estudo de Diegas e Cardoso (1986) na população portuguesa obteve uma correlação de .76 entre estes instrumentos, demonstrando assim a sua validade de critério. Adicionalmente, a SDS revelou uma capacidade adequada para discriminar a evolução dos sintomas, sendo também capaz de diferenciar doentes com perturbações depressivas de outros doentes (Diegas & Cardoso, 1986; Zung, 1965).

A versão da escala utilizada neste estudo (cf. Anexo B) foi proposta por Diegas e Cardoso (1986), tendo os seguintes valores teóricos de referência: a) 0-29 pontos: ausência de depressão; b) 29-37 pontos: depressão leve c) 37-44 pontos: depressão média; e d) mais que 44 pontos: depressão grave.

2.1.3.2. Escala de Alexitimia de Toronto – 20 itens (TAS-20) (cf. Anexo C)

Inicialmente desenvolvida por Bagby, Parker et al., (1994), e adaptada para a população portuguesa por Prazeres et al. (2000), a TAS-20 constitui uma escala de autoavaliação da alexitimia, sendo composta por 20 itens. É solicitado ao respondente que

se posicione em relação a cada um dos itens, indicando numa escala de *Lickert* de 5 pontos (variando entre “discordo totalmente” e “concordo totalmente”), em que medida a afirmação se aplica ao seu caso. Existem ainda 5 itens cotados inversamente, de forma a evitar a influência da desejabilidade social nas respostas.

A cotação total da TAS-20 pode variar entre 20 e 100, e os pontos de corte estabelecidos indicam que uma cotação igual ou superior a 61 determina a presença da perturbação, ao passo que um valor igual ou inferior a 51 corresponde à ausência da alexitimia (Taylor et al., 1997). Os valores compreendidos entre 52 e 60 são considerados como pertencendo a uma zona de fronteira.

A análise fatorial da escala original, bem como da versão portuguesa, revela uma estrutura composicional organizada em torno de 3 fatores, todos eles congruentes com o constructo alexitimia, nomeadamente: 1) dificuldades na identificação de sentimentos (F1), 2) dificuldades na descrição de sentimentos (F2); e 3) estilo de pensamento orientado para o exterior (F3) (Bagby, Parker et al., 1994; Prazeres et al., 2000). No que refere às suas características psicométricas, a TAS-20 tem revelado uma adequada consistência interna, bem como precisão teste-reteste e validade discriminante, convergente e concorrente (Bagby, Parker et al., 1994; Bagby, Taylor et al., 1994; Bressi et al., 1996; Kojima, Frasure-Smith & Lespérance, 2001; Parker et al., 2003; Prazeres et al., 2000).

2.1.4. Procedimento

No que concerne à recolha dos dados, esta foi realizada em 3 instituições de ensino da área metropolitana do Porto. Uma vez que pretendemos abranger toda a faixa etária da adolescência, foi selecionada uma instituição do ensino básico, uma do ensino secundário e uma instituição do ensino superior. Desta forma, os participantes com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos pertenceram a turmas de 8.º e 9.º ano da Escola Básica e Secundária À Beira Douro – Medas (concelho de Gondomar); a Escola Secundária da Maia permitiu recolher dados de alunos entre os 16 e os 18 anos, e a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) proporcionou a avaliação de indivíduos de 19 e 20 anos de idade.

Procedeu-se ao esclarecimento dos objetivos do projeto de investigação em todas as instituições escolares, solicitando ainda a aprovação do Conselho Executivo das escolas básica e secundária. A participação no estudo foi voluntária e apenas dois sujeitos se recusaram a participar.

Os participantes preencheram os instrumentos de autorrelato (ficha de dados sociodemográficos, SDS e TAS-20) durante o tempo letivo de uma aula. Os instrumentos foram apresentados sem título, e foi fornecida a indicação de que o preenchimento deveria ser individual, não existindo respostas certas ou erradas.

2.1.5. Análise de dados

No âmbito desta investigação, recorreu-se ao programa informático PASW Statistics 18, de forma a proceder à análise dos dados recolhidos. No sentido de averiguar a validade de constructo do instrumento, foi analisada a sua estrutura fatorial, aplicando-se a análise fatorial exploratória através do método de análise dos componentes principais (ACP). Este método permitiu reduzir um grande número de variáveis a um pequeno número de fatores, explorando as inter-relações entre as variáveis (Tabachnick & Fidel, 1996). Para avaliar a precisão da TAS-20 foi utilizada uma medida da sua consistência interna, nomeadamente o coeficiente *Alpha de Cronbach*.

Adicionalmente, foi ainda aplicado o coeficiente de correlação momento-produto de *Pearson*, para avaliar a existência de uma correlação significativa entre a TAS-20 e os fatores obtidos através da análise de componentes principais, e destes últimos entre si. Esta análise estatística foi ainda utilizada no sentido de avaliar a existência de uma correlação entre a TAS-20 e a depressão.

Importa ainda salientar que, no item 6 da SDS (*O meu apetite sexual é como dantes*), foi obtida uma grande percentagem de não respostas. Tendo em atenção a idade dos participantes, é possível que a maioria destes não tenha ainda iniciado a atividade sexual, pelo que se justifica a elevada frequência de não respostas. Desta forma, e considerando o elevado número de *missing values*, foi efetuada uma recodificação desta variável, substituindo-se os valores omissos pela média do grupo.

2.2. Estudo 2

2.2.1. Objetivo

Este segundo estudo foi implementado no sentido de testar a validade diferencial da TAS-20, pelo que foram implementados procedimentos estatísticos de comparação de médias entre um grupo clínico e um grupo de controlo.

2.2.2. Participantes

Este estudo contou com a participação de 201 indivíduos, estando estes divididos em 2 grupos distintos. O primeiro grupo, designado por grupo clínico, é constituído por 47 indivíduos do sexo feminino, com um diagnóstico confirmado de anorexia nervosa, de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-IV (APA, 1994). Com esta patologia apenas foram detetados casos do sexo feminino, motivo pelo qual não foram integrados participantes do sexo masculino. Como critérios de inclusão foram tidos em consideração os seguintes aspetos: a) idade compreendida entre os 13 e os 20 anos; e b) presença de um diagnóstico confirmado de anorexia nervosa. Foram considerados como critérios de exclusão a ausência de domínio da língua portuguesa e a coocorrência de dependência de álcool ou drogas, e de perturbação psicótica. A faixa etária dos participantes com anorexia nervosa variou entre os 13 e os 20 anos ($M = 15,98$; $DP = 1,94$).

O segundo grupo, designado por grupo de controlo, foi composto por 154 participantes do sexo feminino, saudáveis, sem história atual ou anterior de perturbação do comportamento alimentar. Neste grupo, os critérios de inclusão definidos foram: a) a ausência de qualquer perturbação do comportamento alimentar, seja atual ou passada; b) idade compreendida entre os 13 e os 20 anos; e c) sexo feminino. Como critério de exclusão considerou-se a ausência de domínio da língua portuguesa. Os participantes deste grupo apresentaram idades compreendidas entre os 13 e os 20 anos ($M = 16,51$; $DP = 2,52$).

Ambas as amostras foram ocasionais e não representativas da população (Poeschl, 2006), selecionadas por amostragem não probabilística.

2.2.3. Material

2.2.3.1. Questionário de dados sociodemográficos

Este questionário foi composto por um conjunto de questões referentes a aspetos sociodemográficos, nomeadamente a idade, o sexo, a ocupação e o ano de escolaridade (cf. Anexo A). Constam ainda neste perguntas referentes à altura e ao peso, bem ao uso de medicação e à existência de história atual ou anterior de perturbação do comportamento alimentar, de forma a avaliar os critérios de inclusão no grupo de controlo.

2.2.3.2. Entrevista de Diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar – IV (IDED-IV)

Inicialmente desenvolvida por Williamson (1990), a "Interview for the Diagnosis of Eating Disorders" (IDED), foi já submetida a três revisões, resultando na versão mais atual, a IDED-IV (Kutlesic, Williamson, Gleaves, Barbin, Murphy-Eberenz, 1998). Estas revisões possibilitaram a adaptação às modificações inerentes aos critérios de diagnóstico do DSM-IV (APA, 1994), verificando-se ainda outras alterações relacionadas com os dados sócio-demográficos, as instruções e a estrutura da entrevista. A IDED-IV coloca assim maior ênfase na sócio-demografia bem como na história da perturbação alimentar, e as instruções para a sua administração estão também mais desenvolvidas. Estruturalmente, as perguntas estão sub-divididas por sintomas, facilitando a classificação dos mesmos.

A IDED-IV é composta por duas partes distintas, sendo que a primeira parte é semiestruturada, e centra-se na análise de diferentes áreas, nomeadamente: a história dos sintomas da perturbação alimentar, o padrão alimentar atual e história psiquiátrica e familiar, fornecendo assim uma visão geral da doença. Por outro lado, a segunda parte da entrevista compõe-se por 3 subescalas: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Perturbação por Ingestão Compulsiva de Alimentos (tradução de *Binge Eating Disorder*). Estas subescalas avaliam os sintomas específicos de cada patologia alimentar, e a pontuação é definida numa escala de cinco pontos, traduzindo a presença ou a ausência do sintoma, e a severidade com que este se manifesta. Para que um indivíduo seja diagnosticado com anorexia nervosa, é necessário que obtenha uma classificação de pelo menos 3 pontos em todas as secções da subescala (Kutlesic et al., 1998).

A versão desta entrevista utilizada neste estudo (cf. Anexo D) encontra-se validada para a população portuguesa, demonstrando uma adequada consistência interna e uma elevada sensibilidade, o que suporta a sua utilização tanto em contexto clínico como na investigação (Torres et al., 2008).

Neste estudo foi também aplicada a TAS-20, cuja descrição foi já efetuada no ponto 2.1.3. do Estudo 1.

2.2.4. Procedimento

No que concerne ao grupo clínico, os participantes foram selecionados maioritariamente em meio hospitalar, nas instituições que se seguem: 1) Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de S. Marcos, Braga; 2) Consulta de Perturbações

do Comportamento Alimentar do Departamento de Psiquiatria do Hospital de S. João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 3) Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia, Porto; 4) Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar de Coimbra; 5) Núcleo de Doenças do Comportamento Alimentar do Hospital Santa Maria, Lisboa; 6) Serviço de Endocrinologia do Hospital Geral de Santo António; e 7) dois consultórios psiquiátricos particulares. Todas as instituições de recolha de dados constituem unidades de referência, em termos nacionais, no que concerne ao tratamento de perturbações do comportamento alimentar. A avaliação das participantes com anorexia nervosa foi realizada individualmente, sendo que inicialmente foi aplicada a Entrevista de Diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar – IV (IDED-IV) para confirmar o diagnóstico, e posteriormente foi apresentada a TAS-20 (cf. Anexo C), novamente sem título e com a indicação de que não existem respostas certas nem erradas.

Os procedimentos adotados na avaliação do grupo de controlo foram já descritos no estudo 1 (cf. Ponto 2.1.4), na medida em que os participantes do sexo feminino saudáveis e sem história atual ou prévia de perturbação do comportamento alimentar que participaram no primeiro estudo, foram igualmente integrados no estudo 2.

2.2.5. Análise de dados

O programa utilizado no tratamento dos dados foi igualmente o PASW Statistics 18. Neste estudo, procurou-se averiguar potenciais diferenças significativas entre as médias do grupo clínico e do grupo de controlo no *score* total da TAS-20 e nos seus fatores, recorrendo ao teste paramétrico *t de Student* para amostras independentes. À semelhança do procedimento adotado no estudo 2, foi efetuada a recodificação dos dados omissos no item 6 da SDS.

3. Resultados

3.1. Estudo 1

Antes de se proceder à ACP, procurou-se verificar o cumprimento de todas as condições necessárias à aplicação desta análise estatística. No que se refere ao tamanho da amostra, não parecem existir inconvenientes, na medida em que o número de participantes é relativamente elevado ($n = 245$). Na matriz das correlações foram encontrados diversos coeficientes iguais ou superiores a .3, indicando assim a existência de uma relação entre as variáveis. Foi obtido um valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de .81, excedendo o valor 0.6 de referência (Kaiser, 1970, 1974 cit in Tabachnick & Fidell, 1996), confirmando assim a adequação da amostra. Foi ainda analisado o nível de significância do teste de esfericidade de Bartlett, cujo valor de $p < .001$ revelou a existência de correlação entre as variáveis. Desta forma, podemos concluir que a amostra em questão preencheu os pressupostos necessários para ser submetida à ACP, tendo sido utilizada a rotação *Varimax*.

Após efetuado este procedimento, verificou-se que os resultados obtidos não reproduziram a estrutura fatorial obtida no estudo original dos autores do instrumento, sendo que uma organização em 2 fatores pareceu ser a que melhor se adequava aos dados, explicando 34,61% da variância. A tabela 3.1 ilustra a disposição dos itens pelos 2 fatores obtidos.

Tabela 3.1 – Análise de componentes principais, com rotação *Varimax*, dos itens da TAS-20.

	Fator 1	Fator 2
Item 1	.713	
Item 2	.766	
Item 3	.481	
Item 4	.531	
Item 6	.592	
Item 7	.597	
Item 9	.694	
Item 11	.655	
Item 12	.453	
Item 13	.656	
Item 14	.659	
Item 17	.507	
Item 5		.528
Item 8		.423
Item 10		.624
Item 15		.399

Item 16		.351
Item 18		.642
Item 19		.748
Item 20		.160
Valor próprio	4,639	2,282
% Variância	23,20	11.41

Nesta tabela constam apenas saturações superiores a .32, exceto no que se refere ao item 20 (“Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam”). Este item não satura convenientemente em nenhum dos fatores, e estatisticamente, este resultado sugere que o item deve ser retirado da escala quando aplicável numa amostra de adolescentes. Desta forma, a análise fatorial reúne os itens 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14 e 17 no fator 1, o qual designámos de “consciência emocional” (CE), uma vez que consiste na junção de F1 e F2 (fatores resultantes da aplicação da TAS-20 em adultos), ambos referentes à capacidade para identificar e expressar emoções. Por sua vez, os itens 5, 8, 10, 15, 16, 18 e 19 constituem o fator 2, que corresponde ao F3 da estrutura fatorial em adultos (embora sem o item 20), pelo que manteremos a designação “estilo de pensamento orientado para o exterior” (POE).

Procurou-se, seguidamente, analisar as relações existentes entre estes fatores, verificando-se que o *score* total da TAS-20 apresentou uma correlação positiva e forte com o fator CE, bem como uma correlação positiva e moderada com o fator POE. (cf. tabela 3.2). Por outro lado, não se verificou uma correlação estatisticamente significativa entre ambos os fatores.

Tabela 3.2 – Correlação entre o score total da TAS-20 e os seus fatores.

	Fator CE	Fator POE
Fator CE		.00
TAS-20	.89**	.45**

** correlação significativa a um nível de significância igual ou inferior a $p < .01$

Considerando a estrutura fatorial obtida, analisou-se a fidelidade da escala e de cada um dos seus fatores. No que concerne ao *score* total da TAS-20 esta revelou uma consistência interna aceitável com um valor de *alpha* de Cronbach de .77. Relativamente aos fatores obtidos, verificou-se que o fator CE revelou uma consistência interna adequada, apresentando um coeficiente *alpha* de Cronbach de .85. Contudo, o mesmo não sucedeu com o fator POE, cujo valor de *alpha* de Cronbach obtido foi de apenas .60. A corroborar este resultado encontra-se o facto de na análise da consistência interna da escala global,

todos os itens correspondentes a este ultimo fator terem revelado uma correlação baixa (inferior a .3) com a cotação total da escala, como se pode confirmar na tabela 3.3.

Tabela 3.3 – Correlações item-total corrigido na TAS-20.

	Correlação item-total corrigido
Item 1	.460
Item 2	.554
Item 3	.414
Item 4	.417
Item 5	.043
Item 6	.418
Item 7	.414
Item 8	.188
Item 9	.472
Item 10	.221
Item 11	.520
Item 12	.330
Item 13	.488
Item 14	.469
Item 15	.241
Item 16	.053
Item 17	.451
Item 18	.052
Item 19	.162

No âmbito da análise da validade convergente, a relação entre a alexitimia (avaliada pela TAS-20) e a depressão (avaliada pela SDS) foi analisada através do coeficiente de correlação r de *Pearson*, verificando-se a existência de uma correlação positiva moderada entre os *scores* totais de ambas as escalas ($r=.47$; $p<.001$). No que se refere às diferentes subescalas da TAS-20 identificadas nesta investigação, verificou-se uma correlação positiva forte da SDS com o fator CE ($r=.55$; $p<.000$). O mesmo não aconteceu com o fator POE, não revelando este uma correlação estatisticamente significativa com a SDS ($r=-.03$; $p=.67$).

3.2. Estudo 2

O teste paramétrico t de Student para amostras independentes foi realizado para averiguar potenciais diferenças entre o grupo clínico e o grupo de controlo, ao nível dos resultados médios da alexitimia. Os resultados obtidos apontam para a existência de uma

diferença estatisticamente significativa entre ambos os grupos ao nível do *score* total: $t(186)=5.97$; $p<.001$; Eta quadrado de .16. O grupo clínico apresentou valores substancialmente mais elevados ($M=60,85$; $DP=11,75$) face ao grupo de controlo ($M=49,91$; $DP=10,58$).

Relativamente ao fator CE, os resultados revelaram a existência de uma diferença significativa entre o grupo clínico e o grupo de controlo: $t(193)=5,47$; $p<.001$. Verificou-se que as participantes com anorexia nervosa ($M= 42,68$; $DP=10,61$) continuaram a pontuar de forma mais elevada do que o grupo de controlo ($M= 34,12$; $DP= 8,94$), com uma magnitude moderada das diferenças (Eta quadrado=.13).

Por último, e no que se refere ao fator POE, o teste t de Student revelou igualmente a existência de diferenças significativas entre os grupos: $t(107,03)=3,87$; $p<.001$. Tal como se tem vindo a verificar, o grupo clínico ($M=18, 17$; $DP=3,22$) apresentou uma média superior ao grupo de controlo ($M=15,86$; $DP=4,42$), embora a magnitude das diferenças seja consideravelmente inferior (Eta quadrado=.07)

4. Discussão

Através da ACP da TAS-20, pudemos concluir que o presente estudo não replicou a estrutura fatorial defendida pelos autores da escala, bem como por muitas outras investigações realizadas desde então com a população de adultos (Bagby, Parker et al., 1994; Bressi et al., 1996; Loas et al., 2001; Parker, Bagby et al., 1993; Parker et al., 2003). Na amostra de adolescentes analisada no presente estudo, um modelo composto por apenas dois fatores revela-se como sendo o mais adequado na representação dos dados. Assim, existiria um primeiro fator, que designámos por “consciência emocional” e que correspondeu à fusão entre F1 e F2 da TAS-20. O segundo fator identificado correspondeu quase na íntegra a F3, pelo que optámos por manter a sua designação original (“estilo de pensamento orientado para o exterior”). O item 20 (“Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam”) não obteve uma saturação adequada em nenhum dos fatores resultantes, pelo que estatisticamente nos parece que este deve ser excluído do instrumento aquando da sua aplicação em adolescentes. De forma algo congruente, este item tem obtido uma leitura pouco compreensível quando aplicado também na população portuguesa em idade adulta (Prazeres et al., 2000), pelo que este resultado não é de todo surpreendente. O conceito subjacente a este item não é simples de compreender e, possivelmente, a tradução do mesmo carecerá de uma revisão. A acrescentar a este facto, é possível que este tipo de capacidade seja mais difícil de analisar durante a adolescência, resultando daqui respostas mais incongruentes.

A tendência para a junção dos fatores relativos à experiência emocional já tem vindo a ser observada desde que Taylor et al. (1985) construíram a TAS-26. Um dos aspetos que contribuiu para a redefinição desta versão da escala prendeu-se, precisamente, com a elevada correlação entre os fatores correspondentes à dificuldade de identificar sentimentos e à dificuldade de os expressar verbalmente, sendo questionada a sua independência (Taylor et al., 1992). Por sua vez, também a TAS-R demonstrou possuir uma organização em 2 fatores, um deles correspondente à incapacidade de identificar e descrever sentimentos, e o outro ao estilo de pensamento orientado para o exterior (Taylor et al., 1992), à semelhança do observado no presente estudo.

Resultados similares foram já obtidos com a TAS-20, num estudo realizado por Koiman et al. (2002), sendo que estes autores verificaram uma saturação inconsistente dos itens pertencentes a F1 e F2 em dois componentes distintos. Por outro lado, a grande

maioria dos itens (5, 8, 10, 15, e 19) que compõem F3 agruparam-se num único componente, à semelhança do que se verificou no presente estudo. Os autores concluíram que o modelo de 2 fatores constituiu uma melhor representação do instrumento, quando em comparação com o modelo de 3 fatores (Koiman et al., 2002). De igual forma, mas com uma amostra psiquiátrica, Haviland e Reise (1996b) obtiveram uma fusão completa entre F1 e F2 na análise da estrutura da TAS-20. Contudo, a solução fatorial obtida por estes autores mostrou-se ligeiramente diferente, uma vez que F3 se decompôs em 2 fatores distintos. Efetivamente, outros estudos não têm replicado a estrutura fatorial proposta originalmente (Kojima et al., 2001; Müller et al., 2003a). Estes dados, juntamente com o facto de se observarem, com consistência, elevadas correlações entre F1 e F2 (Müller et al., 2003a), poderão apontar no sentido de uma definição ténue e pouco clara dos limites entre estas subescalas. Estes limites, porém, poderão ser ainda mais difíceis de identificar durante a adolescência - fase de excelência para o desenvolvimento das capacidades de regulação emocional.

A ausência de uma definição clara entre a identificação dos sentimentos e a sua verbalização pode efetivamente estar relacionada com a faixa etária em estudo. Esta parece-nos fazer sentido na medida em que a adolescência é caracterizada por transformações na vida emocional, despoletadas pelo desenvolvimento intenso que se desenrola a diversos níveis (Debesse, 1946). Assim, e tendo em consideração que esta fase é pautada por uma maior intensidade emocional associada à reorganização do mundo sentimental (Debesse, 1946) e à ansiedade provocada por diversas alterações psicosssexuais e psicossociais (Garaigordobil, 2004), mostra-se plausível que não exista ainda uma diferenciação clara entre as componentes de identificação e descrição das emoções. Contudo, os conhecimentos acerca da forma como se processa o desenvolvimento emocional na adolescência são escassos (Larson & Brown, 2007), havendo a necessidade de se efetuarem estudos futuros com o intuito de perceber com maior clareza a relação entre a capacidade de identificar os sentimentos e a habilidade para os descrever verbalmente.

É de salientar ainda, que a junção dos itens relacionados com a componente emocional da alexitimia num único fator mostra-se igualmente compreensível do ponto de vista teórico, na medida em que a incapacidade de perceber e identificar os sentimentos inviabiliza a sua representação através de palavras (Koiman et al., 2002; Taylor et al., 1992).

Atendendo a que os fatores identificados neste estudo se encontram em consonância com as bases teóricas da alexitimia, consideramos que a estrutura fatorial obtida permite atestar a validade de constructo da TAS-20. Quer o fator CE, quer o fator POE, refletem facetas salientes do constructo, nomeadamente dificuldades na tomada de consciência e verbalização das emoções, bem como o estilo de pensamento simplista característico desta perturbação.

No sentido de verificar a fidelidade da TAS-20, procurou-se avaliar a sua consistência interna, recorrendo para tal ao coeficiente *Alpha* de Cronbach. A escala, no seu total, revelou uma consistência interna ligeiramente abaixo (.77) do valor de referência desejável (.80) em conformidade com investigações anteriores (Bressi et al., 1996 (*alpha*=.75); Parker, Bagby et al., 1993 (*alpha*=.74)). Possivelmente a consistência interna global da escala é afetada pela baixa consistência revelada pelo fator POE (.60). Contudo, é de referir que o resultado relativo ao fator POE replica os dados de estudos anteriores realizados com amostras de adultos, nos quais F3 tem demonstrado possuir uma baixa consistência interna, em comparação com as outras subescalas (Bressi et al., 1996; Koiman et al., 2002; Kojima et al., 2001; Loas et al., 2001; Müller et al., 2003a; Prazeres et al., 2000).

Taylor et al. (2003) consideraram que estes resultados poderão ser influenciados pela desejabilidade social associada aos itens cotados negativamente, bem como pelas diferenças culturais existentes em amostras em que o inglês não é a língua materna, como é o caso da presente investigação. Também Prazeres et al., (2000) consideraram relevantes as influências culturais, bem como o nível de escolaridade e o tamanho da amostra. Por outro lado, Kojima et al. (2001) debruçaram-se mais uma vez sobre a questão da influência dos itens cotados inversamente, uma vez que na sua investigação estes não colocaram em evidência diferenças no padrão de resposta entre alexitímicos e não alexitímicos. Desta forma, e considerando que F3 possui 4 dos 5 itens negativos da TAS-20, os autores consideraram compreensível o baixo nível de homogeneidade desta subescala. A corroborar esta hipótese encontra-se o facto de que, no presente estudo, os itens cotados negativamente e pertencentes ao fator POE (itens 5, 10, 18 e 19), contam-se entre aqueles que mais contribuem para a redução do valor de *alpha* na análise da consistência interna da TAS-20. Por outro lado, ao analisar a consistência interna deste fator individualmente, verifica-se que não são os itens inversos que mais contribuem para o baixo valor de *alpha*, sendo que apenas um destes itens possui um valor inferior ao desejado (item 5). Desta forma, podemos concluir que os dados desta investigação suportam apenas parcialmente a

hipótese de que a baixa consistência interna do fator POE se deve à presença dos itens invertidos. O baixo valor de *alpha* poderá também estar relacionado com o número de itens do fator POE, na medida em que este é composto por apenas 7 itens. Com alguma frequência se tem verificado que escalas com um número de itens inferior a 10 apresentam valores de consistência interna mais reduzidos (Almeida & Freire, 2003).

Embora o valor de *alpha* de Cronbach obtido para o fator POE não seja o desejável, têm sido publicados estudos em que este valor se mostrou ainda mais reduzido (e.g.: Bressi et al., 1996; Koiman et al., 2002; Kojima et al., 2001; Müller et al., 2003a). Desta forma, e tendo em atenção que o valor obtido com adolescentes suplantou, inclusivamente, alguns valores obtidos com amostras de adultos, consideramos que a baixa consistência interna deste fator não invalida a administração da TAS-20 nesta população.

Contudo, e atendendo ao facto de que neste estudo o item 20 (originalmente pertencente a F3) não apresentou uma saturação adequada em nenhum dos fatores, consideramos que será pertinente uma futura revisão linguística dos itens que integram o fator POE, em articulação com uma reflexão falada junto de uma amostra de adolescentes, à semelhança do que foi efetuado no estudo de Nishimura et al. (2009).

Analisando as relações entre os fatores e o *score* total da TAS-20, encontrou-se uma correlação forte e positiva da TAS-20 com o fator CE, bem como uma correlação moderada e também positiva com o fator POE, confirmando assim o facto de que estes representam facetas separadas, mas empiricamente relacionadas da alexitimia (Bressi et al., 1996). Por outro lado, os dois fatores da alexitimia encontrados na amostra de adolescentes não se correlacionaram de forma estatisticamente significativa entre si, apesar das correlações moderadas que têm vindo a ser encontradas entre F2 e F3 da TAS-20 em alguns estudos (Bressi et al., 1996; Parker, Bagby et al., 1993). A falta de correlação entre os dois fatores poderá estar relacionada com o carácter mais permanente do fator POE, uma vez que o estilo de pensamento orientado para o exterior tem vindo a ser considerado como um traço estável de personalidade, independente de outras variáveis psicológicas (Fukunishi et al., 2001; Duddu et al., 2003; Saarijärvi et al., 2001). Outra hipótese explicativa destes resultados pode estar relacionada com dados decorrentes de estudos em amostras clínicas, segundo os quais o estilo de pensamento característico da alexitimia se desenvolve com a acentuação das dificuldades em identificar e expressar emoções. Estes dois aspetos parecem conduzir a uma cristalização do fator POE, que se mantém independentemente de flutuações nas dimensões anteriores (Laquatra & Clopton, 1994). A ausência de correlação entre os 2 fatores que compõem a TAS-20 pode ainda apontar no

sentido da natureza multidimensional do constructo, sendo que as duas subescalas avaliam características distintas da alexitimia, mas em estreita correlação com o seu *score* total.

No que se refere à relação com a depressão, verificou-se a existência de uma correlação positiva e moderada entre a SDS e o *score* total da TAS-20, bem como uma correlação positiva forte com o fator CE. Por outro lado, não existiu uma correlação estatisticamente significativa entre o fator POE e a escala de autorrelato da depressão. Estes dados são consistentes com investigações anteriores, nas quais também se verificou uma correlação da depressão unicamente com alguns aspetos da alexitimia, nomeadamente a capacidade de identificar e expressar sentimentos, representadas pelas subescalas F1 e F2 (Berthoz et al., 1999; Duddu et al., 2003; Fukunishi et al., 1997; Saarijärvi et al., 2001). Uma vez que o fator CE é composto pela junção de F1 e F2, torna-se expectável que os resultados sejam semelhantes. A presença de uma associação entre a depressão e o fator CE é compreensível do ponto de vista teórico, na medida em que as características da depressão que parecem mais intimamente relacionadas com a alexitimia são a anedonia, a constrição dos afetos e o humor negativo. Segundo Duddu et al. (2003), a dificuldade na verbalização dos sentimentos encontra-se associada ao processo de atribuição psicológica que ocorre na depressão, explicando mais uma vez a correlação elevada com o fator CE. Por outro lado, existem estudos que demonstram que o estilo de pensamento orientado para o exterior parece ser um traço mais estável da personalidade e independente da depressão, o que explica a ausência de uma correlação entre a SDS e o fator POE (Fukunishi et al., 2001; Duddu et al., 2003; Saarijärvi et al., 2001). Estes dados são congruentes com a hipótese levantada já anteriormente, na medida em que o fator POE parece ser também estável e independente quando comparado com o fator CE, não revelando nenhuma correlação com este.

Tendo em atenção que a alexitimia e a depressão têm sido consideradas, por muitos autores (Honkalampi et al., 2000; Honkalampi et al., 2001; Honkalampi et al., 2004; Iancu et al., 1999), como sendo constructos intimamente relacionados, a correlação significativa entre a TAS-20 (*score* total) e a SDS permite-nos comprovar a validade convergente do instrumento nos adolescentes. Mostra-se teoricamente pertinente assumir a existência de uma associação entre a alexitimia e a depressão, na medida em que ambas partilham características como o humor negativo, anedonia, consciência emocional deficitária, supressão dos afetos, e constrangimentos no domínio interpessoal (Mattila et al., 2008; Müller, Bühner, & Ellgring, 2003b; Rude & McCarthy, 2003; Saarijärvi et al., 2001). Contudo, e atendendo a que a SDS mede a depressão e não exatamente a alexitimia,

sugere-se a realização de estudos futuros que testem a validade convergente especificamente com medidas de avaliação deste constructo, como por exemplo a TSIA (Bagby et al., 2006).

Quando analisamos a média do *score* global da TAS-20 aplicada a adolescentes ($M=52,91$; $DP=10,75$), verificamos que esta é substancialmente superior à média obtida junto da população portuguesa de adultos ($M=46,80$; $DP=11,79$) (Prazeres et al., 2000), situando-se já entre os valores pertencentes à zona de fronteira. Embora a média dos adolescentes aqui apresentada tenha incluída a pontuação do item 20 (de forma a poder efetuar a comparação com a média da população adulta), parece-nos evidente que os pontos de corte estabelecidos deverão ser ajustados na população adolescente. Também Valeria et al. (2007), no estudo de validação da TAS-20 para uma amostra de adolescentes italianos, chegaram a uma conclusão semelhante, propondo especificamente que valores iguais ou superiores a 67 revelassem a presença clara da alexitimia, e que valores iguais ou inferiores a 57 fossem associados com a ausência da perturbação. A zona de fronteira corresponderia, assim, aos *scores* compreendidos entre 58 e 66.

Uma vez que parece estar patente na adolescência uma maior dificuldade em compreender e verbalizar os sentimentos, certas características alexitímicas poderão ser consideradas normais durante este período, justificando a necessidade de ajustar os pontos de corte (Säkkinen et al., 2007). No presente estudo estes não foram calculados, mas claramente salientamos a pertinência de serem testados em estudos ulteriores, com o recurso a uma amostra representativa da população adolescente portuguesa.

O estudo diferencial realizado colocou em evidência a existência de uma diferença significativa entre o grupo clínico e o grupo de controlo no que se refere ao *score* global da TAS-20, com valores médios superiores no grupo clínico. Diversos estudos têm demonstrado uma maior prevalência da alexitimia entre as perturbações do comportamento alimentar (Taylor, Parker, Bagby & Bourke, 1996; Torres, in press), o que parece estar relacionado com a visão de que o comportamento alimentar perturbado constitui um mecanismo regulador de estados emocionais disruptivos devido ao seu teor intenso e negativo, deslocando assim a atenção para o corpo e a alimentação (Becker-Stoll & Gerlinghoff, 2004).

Atendendo à natureza multidimensional da alexitimia, procurou-se ainda analisar eventuais diferenças entre grupos, separadamente para cada um dos fatores identificados através da ACP. Desta forma, concluiu-se que se verificam diferenças significativas em ambos os fatores, com as anoréticas a apresentarem invariavelmente uma média

substancialmente mais elevada do que o grupo de controlo. No que se refere ao fator CE, estes resultados mostram-se bastante expectáveis, na medida em que a anorexia nervosa tem vindo a ser associada a uma vivência desconcertante dos afetos, bem como a dificuldades na sua verbalização (Bruch, 1962). Uma vez que diversos estudos têm encontrado valores elevados nos fatores F1 e F2 da TAS-20 entre populações de anoréticas (Taylor et al., 1996; Torres, in press; Zwaan, Biener, Bach, Wiesnagrotzki & Stacher, 1996), e atendendo a que o fator CE corresponde à fusão destes fatores, seria de esperar que também ele próprio apresentasse uma média claramente superior no grupo clínico do que no grupo de controlo, tal como ocorre nesta investigação.

Por outro lado, diversos são os estudos em que o F3 (que corresponde parcialmente ao fator POE) não tem revelado discrepâncias em amostras de anoréticas quando comparadas com a população saudável (Sexton, Sunday, Hurt & Halmi, 1998; Taylor et al., 1996; Zwaan et al., 1996). Todavia, este não foi o caso da presente investigação, tendo-se observado uma maior utilização do estilo de pensamento orientado para o exterior pelas adolescentes com anorexia nervosa. Todavia, este resultado foi já obtido anteriormente, por estudos realizados com amostras de adultos e adolescentes juntos (Eizaguirre, Cabezón, Alda, Olariaga & Juaniz, 2004; Torres, in press).

Estes resultados demonstram a capacidade da TAS-20 para discriminar as anoréticas das não anoréticas, quer no *score* global da TAS-20, quer nos 2 fatores independentemente. Desta forma, podemos concluir que os dados obtidos reforçam a validade diferencial desta escala para a população adolescente.

5. Conclusão

Terminada a investigação, concluímos que a TAS-20 revelou, genericamente, qualidades aceitáveis para ser utilizada com adolescentes. Mostrou uma estrutura fatorial organizada em torno de 2 fatores, teoricamente congruentes com a alexitimia, imbuindo-a assim de validade de constructo. Demonstrou uma consistência interna aceitável, bem como validade convergente e diferencial. O paralelo entre os resultados deste estudo e os dados obtidos em amostras de adultos, corroboraram igualmente a pertinência da aplicação da TAS-20 em adolescentes.

Enquanto principais implicações para a prática, importa salientar a importância de efetuar uma revisão linguística dos itens do fator POE. Esta revisão é justificada pelo facto de o item 20 não obter uma saturação adequada em nenhum dos fatores, o que sugere a sua exclusão do instrumento. Por outro lado, também a falta de consistência interna do fator POE aconselha esta revisão, considerando que os itens pertencentes a este fator têm uma influência negativa no valor de *alpha* do *score* total da TAS-20.

Não obstante os resultados positivos que sobressaem desta investigação, importa ter em consideração que este estudo é apenas um contributo para a análise da validade e fidelidade da aplicação da TAS-20 em adolescentes. Os resultados obtidos encorajam a realização de estudos futuros dos quais possa resultar um potencial ajustamento linguístico, bem como a definição de pontos de corte ajustados a esta faixa etária. A validade convergente da TAS-20 deverá ser objeto de atenção futura, e sugerimos que tal análise seja realizada através da correlação com instrumentos fiáveis e válidos da alexitimia (e.g. TSIA). Também a precisão teste-reteste e outros tipos de validade, nomeadamente a validade divergente, deverão ser analisadas futuramente. No sentido de melhor consolidar estes resultados, mostra-se necessária a utilização de uma amostra representativa dos adolescentes portugueses.

6. Referências Bibliográficas

- Ahrens, S., & Deffner, G. (1986). Empirical study of alexithymia: Methodology and results. *American Journal of Psychotherapy*, 40, 430-447.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação* (3ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4rd ed). Washington, DC: Author.
- Amorim, E., Guerra, M., Maciel, M. J. (2005). A alexitimia e a hostilidade em doentes que sofreram enfarte agudo do miocárdio. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7, 231-242.
- Apfel, R. J., & Sifneos, P. E. (1979). Alexithymia: Concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32, 180-190.
- Bach, M., & Bach, D. (1996). Alexithymia in somatoform disorder and somatic disease: A comparative study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 150-152.
- Bach, M., Bach, D., Böhmer, F., & Nutzinger, D. O. (1994). Alexithymia and somatization: Relationship to DSM-III-R diagnosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 529-538.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1991). Reassessing the validity and reliability of the MMPI Alexithymia Scale. *Journal of Personality Assessment*, 56, 238-253.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale – II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., & Dickens, S. E. (2006). The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: Item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 25-39. doi: 10.1159/000089224.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Ryan, D. (1986). Toronto Alexithymia Scale: Relationship with personality and psychopathology measures. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45, 207-215.

- Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., & Loiselle, C. (1990). Cross-validation of the factor structure of the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 47-51.
- Barros, S., Lobo, S., Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (1996). Alexitimia, saúde e doença: Estudo exploratório da alexitimia em sujeitos com doença crónica. *Análise Psicológica*, 2-3 (XIV), 305-312.
- Becker-Stoll, F., & Gerlinghoff, M. (2004). The impact of a four-month day treatment programme on alexithymia in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 12, 159-63.
- Berenbaum, H., & Irvin, S. (1996). Alexithymia, anger, and interpersonal behavior. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 203-208.
- Berthoz, S., Consoli, S., Perez-Diaz, F., & Jouvent, R. (1999). Alexithymia and anxiety : Compounded relationships? A psychometric study. *European Psychiatry*, 14, 372-378.
- Bressi, C., Taylor, G., Parker, J., Bressi, S., Brambilla, V., Aguglia, E., Allegranti, I., Bongiorno, A., Giberti, F., Bucca, M., Todarello, O., Callegari, C., Vender, S., Gala, C., & Invernizzi, G. (1996). Cross-validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: An Italian multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 551-559.
- Bruch, H. (1962). Percetual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Cohen, K., Auld, F., & Brooker, H. (1994). Is alexithymia related to psychosomatic disorder and somatizing? *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 119-127.
- Debesse, M. (1946). *A adolescência* (N. Costa, Trad.). Lisboa: Publicações Europa-América.
- Diegas, M. C. T., & Cardoso, R. M. (1986). Escalas de auto-avaliação da depressão (Beck e Zung): Estudos de correlação. *Psiquiatria Clínica*, 7, 141-145.
- Dodge, K. A., & Garber, J. (1991). Domains of emotion regulation. In J. Garber, & K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation*. (pp.3-11). Cambridge: Cambridge University Press.
- Duddu, V., Isaac, M. K., & Chaturvedi, S. K. (2003). Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 435-438.
- Eizaguirre, A. E., Cabezón, A. O. S., Alda, I. O., Olariaga, L. J., Juaniz, M. (2004) Alexithymia and its relationship with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 36, 321-331.

- Emde, R. N. (1988). Development terminable and interminable. I. Innate and motivational factors from infancy. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 23-42.
- Faryna, A., Rodenhauser, P., & Torem, M. (1986). Development of an analog alexithymia scale. Testing in a nonpatient population. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45, 201-206.
- Fernandes, N., Tomé, R. (2001). Alexitimia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3, 97-115.
- Fonte, J. A. R. (1993). Alexitimia: estudo em doentes com perturbações digestivas. Tese de doutoramento, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 337-342.
- Freyberger, H., Künsebeck, H.-W., Lempa, W., Wellmann, W., & Avenarius, H.-J. (1985). Psychotherapeutic interventions in alexithymia patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 72-81.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fukunishi, I., Kikuchi, M., Wogan, J., & Takubo, M. (1997). Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 166-170.
- Garaigordobil, M. (2004). Effects of a psychological intervention on factors of emotional development during adolescence. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 66-80.
- Grabe, H. J., Spitzer, C, & Freyberger, H. J. (2001). Alexithymia and the temperament and character model of personality. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 261-267.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2008). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Groen, J. J. (1974). Aspectos gerais da ansiedade: Introdução geral. In W. L. Rees (Ed.), *Factores de ansiedade no tratamento compreensivo do doente* (pp.8-15). Amesterdão: Excerpta Medica.
- Haviland, M. G., & Reise, S. P. (1996a). A California Q-set alexithymia prototype and its relationship to ego-control and ego-resiliency. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 597-608.
- Haviland, M. G., & Reise, S. P. (1996b). Structure of the twenty-item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of personality assessment*, 66, 116-125.
- Heaven, P., Ciarrochi, J., & Hurrell, K. (2010). The distinctiveness and utility of a brief measure of alexithymia for adolescents. *Personality and individual differences*, 49, 222-227.

Heiberg, A. N., & Heiberg, A. (1977). Alexithymia: an inherited trait? A study of twins. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 221-225.

Honkalampi, K., Hintikka, J., Saarinen, P., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000). Is alexithymia a permanent feature in depressed patients? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 303-308.

Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Hintikka, J., Antikainen, R., Transkanen, A., & Viinamäki, H. (2004). Do stressful life-events or sociodemographic variables associate with depression and alexithymia among general population? – A 2- year follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 254-260.

Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Transkanen, A., Hintikka, J., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2001). Why do alexithymic features appear to be stable? A 12-month follow-up study of a general population. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 247-253.

Honkalampi, K., Saarinen, P., Hintikka, J., Virtanen, V., & Viinamäki, H. (1999). Factors associated with alexithymia in patients suffering from depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 270-275.

Hope, K. D. (1977). Split brains and psychoanalysis. *Psychoanalytic Quarterly*, 46, 220-244.

Horton, P. C., Gewirtz, H., & Kreutter, K. J. (1992). Alexithymia – State and trait. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 91-96.

Iancu, I., Dannon, P. N., Poreh, A., Lepkifker, E., & Grunhaus, L. (2001). Alexithymia and suicidality in panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 447-481.

Iancu, I., Horesh, N., Offer, D., Dannon, P. N., Lepkifker, E., & Kotler, M. (1999). Alexithymia, affect intensity and emotional range in suicidal patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 276-280.

Infrasca, R. (1997). Alexithymia, neurovegetative arousal and neuroticism. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 276-280.

Kauhanen, J., Julkunen, J., & Salonen, J. T. (1991). Alexithymia and perceived symptoms: Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56, 247-252.

Kauhanen, J., Julkunen, J., & Salonen, J. T. (1992). Validity and reliability of Toronto Alexithymia Scale (TAS) in a population study. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 687-694.

- Keltikangas-Järvinen, L. (1982). Alexithymia in violent offenders. *Journal of Personality Assessment*, 46, 462-467.
- Kleiger, J. H., & Kinsman, R. A. (1980). The development of an MMPI alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34, 17-24.
- Koiman, C. G., Spinhoven, P., & Trijsburg, R. W. (2002). The assessment of alexithymia. A critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1083-1090.
- Kojima, M., Frasurre-Smith, N., & Lespérance, F. (2001). Alexithymia following myocardial infarction. Psychometric properties and correlates of the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 487-495.
- Kokkonen, P., Karvonen, J. T., Veijola, J., Läksy, K., Jokelainen, J., Järvelin, M-R., & Joukamaa, M. (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive psychiatry*, 42, 471-476.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 23, 17-31.
- Krystal, J. H., Giller, E. L., & Cicchetti, D. V. (1986). Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: Introduction of a reliable measure. *Psychosomatic Medicine*, 48, 84-94.
- Kutlesic, V., Williamson, D., Gleaves, D., Barbin, J., & Murphy-Eberenz, K. (1998). The interview for diagnosis of eating disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 10, 41-48.
- Lane, R. D., Sechrest, L., & Riedel, R. (1998). Sociodemographic correlates of alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 377-385.
- Lang, P. J. (1984). Cognition in emotion: Concept and action. In C. E. Izard, J. Kagan, & R. B. Zajonc (Eds.), *Emotion, cognition and behavior*. (pp. 192-228). Cambridge: Cambridge University Press.
- Laquatra, T. A., & Clopton, J. R. (1994). Characteristics of alexithymia and eating disorders in college women. *Addictive Behavior*, 19, 373-380.
- Larson, R. W., & Brown, J. R. (2007). Emotional development in adolescence: What can be learned from a high school theater program? *Child Development*, 78, 1083-1099.

- Leff, J. (1977). The cross-cultural study of emotions. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 317-350.
- Lesser, I. M. (1981). A Review of the Alexithymia Concept. *Psychosomatic Medicine*, 43, 531-542.
- Loas, G., Corcos, M., Stephan, P., Pellet, J., Bizouard, P., Venisse, J. L., Perez-Diaz, F., Guelfi, J. D., Flament, M., & Jeammet, P. (2001). Factorial structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. Confirmatory factorial analyses in nonclinical and clinical samples. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 255-261.
- Luminet, O., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (2001). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 254-260.
- Luminet, O., Rimé, B., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (2004). A multimodal investigation of emotional responding in alexithymia. *Cognition and Emotion*, 18, 741-766.
- Lumley, M. A., Stettner, L., & Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 505-518.
- Lumley, M. A., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F., & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 519-530.
- Lumley, M. A., & Sielky, K. (2000). Alexithymia, gender, and hemispheric functioning. *Comprehensive Psychiatry*, 41(5), 352-359.
- Lundh, L-G., Johnsson, A., Sundqvist, K., & Olsson, H. (2002). Alexithymia, memory of emotion, emotional awareness, and perfectionism. *Emotion*, 2, 361-379.
- Mann, L. S., Wise, T. N., & Shay, L. (1992). Factor analysis of the Toronto Alexithymia Scale: Elucidation of a polythetic construct. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 40-45.
- Martin, J. B., & Pihl, R. O. (1985). The stress-alexithymia hypothesis: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 16-176.
- Martínez-Sánchez, F., Ato-García, M., Adam, E. C., Medina, T. B. H., & España, J. J. S. (1998). Stability in alexithymia levels: A longitudinal analysis on various emotional answers. *Personality and Individual Differences*, 24, 767-772.
- Mattila, A. K., Poutanen, O., Koivisto, A.-M., Salokangas, R. K. R., & Joukamaa, M. (2008). The performance of diagnostic measures of depression in alexithymic and nonalexithymic subjects. *General Hospital Psychiatry*, 30, 77-79.

- McDougall, J. (1974). The psychosoma and psychoanalytic process. *International Review of Psycho-Analysis*, 1, 437-459.
- Mesquita, B., & Frijda, N. (1992). Cultural variations in emotions: A review. *Psychological Bulletin*, 112, 179-204.
- Müller, J., Bühner, M., & Ellgring, H. (2003a). Is there a reliable factorial structure in the 20-item Toronto Alexithymia Scale? A comparison of factor models in clinical and normal adult samples. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 561-568.
- Müller, J., Bühner, M., & Ellgring, H. (2003b). Relationship and differential validity of alexithymia and depression: A comparison of the Toronto Alexithymia and Self-Rating Depression Scales. *Psychopathology*, 36, 71-77.
- Nemiah, J. C., Freyberger, H., & Sifneos, P. E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In O. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine*. (pp. 430-439). London: Butterworths.
- Nishimura, H., Komaki, G., Igarashi, T., Morigushi, Y., Kajiwarra, S., & Akasaka, T. (2009). Validity issues in the assessment of alexithymia related to developmental stages of emotion cognition and language. *BioPsychoSocial Medicine*, 3, 1-12. doi: 10.1186/1751-0759-3-12.
- Osofsky, J. D., & Eberhart-Wright, A. (1988). Affective exchanges between high risk mothers and infants. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 221-231.
- Parker, J. D. A., Bagby, R. M., Taylor, G. J., Endler, N. S., & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7, 221-232.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1993). Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotion. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, 197-202.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1998). Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 91-98.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269-275.
- Paulino, M., Barbosa, A., Godinho, J., & Santos, M. (1996). Reliability and criterion validity of a portuguese version of the Toronto Alexitimia Scale. *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 42, 451-456.

- Poeschl, G. (2006). *Análise de dados na investigação em psicologia. Teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Powell, R. (2003). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory and the Zung Self Rating Depression Scale in adults with mental retardation. *Mental Retardation*, 41, 88-95.
- Prazeres, N. (2000). Alexitimia: uma forma de sobrevivência. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2, 109-121.
- Prazeres, N., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (2000). Adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (tas-20). *Revista Oficial de la Asociación Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 9, 11-21.
- Roseman, I., Spindel, M., & Jose, P. (1990). Appraisals of emotion-eliciting events: Testing a theory of discrete emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 899-915.
- Rude, S. S., & McCarthy, C. T. (2003). Emotional functioning in depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition and Emotion*, 17, 799-806.
- Saarijärvi, S., Salminen, J. K., & Toikka, T. B. (2001). Alexithymia and depression: A 1-year follow-up study in outpatients with major depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 729-733.
- Säkinen, P., Kaltiala-Heino, R., Ranta, K., Haataja, R., & Joukamaa, M. (2007). Psychometric properties of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and prevalence of alexithymia in a Finish adolescent population. *Psychosomatics*, 48, 154-161).
- Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Äärelä, E., & Tamminen, T. (1994). Alexithymia – State or trait? One-year follow-up study of general hospital psychiatric consultation out-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 681-685.
- Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Äärelä, E., Toikka, T., & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 75-82.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1989). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Sayar, K., & Kose, S. (2003). The relation between alexithymia and dissociation in an adolescent sample. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 13, 167-173.

- Seo, S., Chung, U-S., Rim, H., & Jeong, S. (2009). Reliability and validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale in Korean adolescents. *Psychiatry investigation*, 6, 173-179.
- Sexton, M. C., Sunday, S. R., Hurt, S., & Halmi, K. A. (1998). The relationship between alexithymia, depression, and Axis II psychopathology in eating disorder inpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 277-286.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Sifneos, P. E. (1991). Affect, emotional conflict, and deficit : An overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56, 116-122.
- Sifneos, P. E. (1995). Psychosomatique, alexithymie et neurosciences. *Revue Française de Psychosomatique*, 7, 27-34.
- Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia: Past and present. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 137-142.
- Stephenson, R. (1996). Introducing alexithymia – A concept within the psychosomatic process. *Disability and Rehabilitation*, 18, 209-214.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics* (3rd ed.). New York: Harper Collins College.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141(6), 725-732.
- Taylor, G. J. (1994). The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 10, 61-74.
- Taylor, G. J. (1999). Personality, affects, illness and disease. In *Reflexões sobre Psicossomática*. (pp. 39-51). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicossomática.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1988). Measurement of alexithymia: Recommendations for clinical practice and future research. *Psychiatric Clinics of North America*, 11, 351-367.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New Trends in Alexithymia Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 68-77.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Luminet, O. (2000). Assessment of alexithymia: Self-report and observer-rated measures. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional*

intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school and in the workplace. San Francisco: Jossey-Bass.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1991). The alexithymia construct: A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 153-164.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1992). The revised Toronto Alexithymia Scale: Some reliability, validity and normative data. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 34-41.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness.* United Kingdom: University Press, Cambridge.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 277-283.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Bourke, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 561-568.

Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Bagby, R. M., & Acklin, M. W. (1992). Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 417-424.

Taylor, G. J., Ryan, D. P., & Bagby, R. M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.

Torres, S. (2005). O corpo e o silêncio das emoções: estudo da alexitimia na anorexia nervosa. Tese de doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.

Torres, S. (in press). Prevalência da alexitimia na anorexia nervosa e sua associação com variáveis clínicas e sociodemográficas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*.

Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Williamson, D. A., Roma-Torres, A., & Vieira, F. (2008). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa da Entrevista de Diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar-IV (IDED-IV) específica para a anorexia nervosa. *Arquivos de Medicina*, 22, 113-119.

Valeria, L. F., Maria, B., Luigi, S., & Luigi, D. G. (2007, outubro). A preliminary validation study of the 20 item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) on a sample of 360 Italian adolescents. Comunicação oral apresentada no 4th International Conference of the (non) Expression of Emotions in Health in Disease, Tilburg, Holanda.

- Verissimo, R. (2001). Versão portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20-itens – I. Adaptação linguística, validação semântica, e estudo de fiabilidade. *Acta Médica Portuguesa*, 14, 529-536.
- Verissimo, R., Mota-Cardoso, R., & Taylor, G. (1998). Relationships between alexithymia, emotional control, and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 75-80.
- Von Rad, M. (1984). Alexithymia and symptom formation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 42, 80-89.
- Vorst, H. C. M., & Bermond, B. (2001). Validity and reliability of the Bermond-Vorst alexithymia questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 30, 413-434.
- Williamson, D. A. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia, and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.
- Wise, T. N., Mann, L. S., & Epstein, S. (1991). Ego defensive styles and alexithymia: A discriminant validation study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56, 141-145.
- Wise, T. N., Mann, L. S., & Sheridan, M. J. (2000). Relationship between alexithymia, dissociation and personality in psychiatric outpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 123-125.
- Zech, E., Luminet, O., Rimé, B., & Wagner, H. (1999). Alexithymia and its measurement: Confirmatory factor analysis of the 20-item Toronto alexithymia scale and the Bermond-Vorst alexithymia questionnaire. *European Journal of Personality*, 13, 511-532.
- Zeitlin, S. B., & McNally, R. J. (1993). Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 658-660.
- Zlotnick, C., Shea, M. T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., & Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 12-16.
- Zung, W. W. K. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 10:439, 63-70.
- Zwaan, M., Biener, D., Bach, M., Wiesnagrotzki, S., & Stacher, G. (1996). Pain sensitivity, alexithymia, and depression in patients with eating disorders: Are they related. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 65-70.

7. Anexos

Anexo A – Questionário de dados sociodemográficos

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

Os questionários que se seguem estão inseridos num projeto de investigação sob a responsabilidade da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, no âmbito do curso de Doutoramento em Psicologia.

Não existem respostas certas ou erradas, ou seja, qualquer resposta que for dada está correta. Todas as respostas são confidenciais.

A sua participação é muito importante para este estudo, mas se por qualquer motivo não quiser participar, tem todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a sua atenção.

Obrigada pela sua colaboração.

Data: ____/____/____

Idade: ____ anos

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: F ☐ M ☐

Peso: _____ Altura: _____

Profissão: _____ Instituição: _____

Escolaridade (último ano escolar completo): _____

Alguma vez lhe foi diagnosticada uma perturbação do comportamento alimentar?

Sim ☐ Não ☐

Tem algum tipo de doença (física ou mental)?

Sim ☐ Qual? _____

Não ☐

Toma algum tipo de medicação?

Sim ☐ Qual? _____

Não ☐

Anexo B – Escala de Autoavaliação da Depressão de Zung

Leia com atenção as afirmações seguintes e ponha uma cruz no quadrado que melhor traduza a forma como se sente em relação a cada uma delas.

	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Sinto-me deprimido.				
2. Sinto-me melhor de manhã.				
3. Choro frequentemente ou tenho desejo de chorar.				
4. Durmo mal de noite.				
5. Estou a comer tão bem como antigamente.				
6. O meu apetite sexual é como dantes.				
7. Tenho a impressão de estar a emagrecer.				
8. Sofro de obstipação (prisão de ventre).				
9. O meu coração bate mais rápido que habitualmente.				
10. A mínima coisa faz-me sentir cansado.				
11. Tenho as ideias tão claras como antigamente.				
12. É-me fácil cumprir com as tarefas habituais.				
13. Estou impaciente e não posso estar quieto.				
14. Tenho confiança no futuro.				
15. Estou mais irritado que habitualmente.				
16. É-me fácil tomar decisões.				
17. Sinto-me útil e necessário.				
18. Sinto satisfação em viver (a minha vida é cheia).				
19. Penso que as pessoas que me rodeiam viveriam melhor sem mim.				
20. Sinto o mesmo prazer que antigamente em cumprir com as tarefas habituais.				

Anexo C – Escala de Alexitimia de Toronto – 20 itens

TAS-20

Usando a escala fornecida como guia, indique o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações fazendo um círculo à volta do número correspondente. Dê só uma resposta para cada afirmação.

Use a seguinte chave:	1. Discordo totalmente
	2. Discordo em parte
	3. Nem discordo nem concordo
	4. Concordo em parte
	5. Concordo totalmente

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem discordo nem concordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
1. Fico muitas vezes confuso sobre qual a emoção que estou a sentir.	1	2	3	4	5
2. Tenho dificuldades em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
3. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem	1	2	3	4	5
4. Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
5. Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas.	1	2	3	4	5
6. Quando estou aborrecido, não sei se me sinto triste, assustado ou zangado.	1	2	3	4	5
7. Fico muitas vezes intrigado com sensações no meu corpo.	1	2	3	4	5
8. Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender porque aconteceram assim.	1	2	3	4	5
9. Tenho sentimentos que não consigo identificar bem.	1	2	3	4	5
10. É essencial estar em contacto com as emoções.	1	2	3	4	5
11. Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas.	1	2	3	4	5
12. As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos.	1	2	3	4	5
13. Não sei o que se passa dentro de mim.	1	2	3	4	5
14. Muitas vezes não sei porque estou zangado.	1	2	3	4	5
15. Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas atividades diárias do que sobre os seus sentimentos.	1	2	3	4	5
16. Prefiro assistir a espetáculos ligeiros do que a dramas psicológicos.	1	2	3	4	5
17. É-me difícil revelar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos.	1	2	3	4	5

18. Posso sentir-me próximo de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio.	1	2	3	4	5
19. Considero o exame dos meus sentimentos útil na resolução de problemas pessoais.	1	2	3	4	5
20. Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam.	1	2	3	4	5

**Anexo D – Entrevista de Diagnóstico das Perturbações do Comportamento
Alimentar-IV**

INSTRUÇÕES DETALHADAS PARA A ADMINISTRAÇÃO DA IDED-IV

A IDED-IV começa com uma abordagem global que segue a estrutura genérica de uma entrevista clínica de diagnóstico. Primeiramente, na secção 1, são obtidas informações demográficas essenciais. Esta secção é seguida pela história dos sintomas perturbação alimentar, em formato semi-aberto (secção 2), pela descrição do problema principal e por questões gerais relativamente ao funcionamento global do sujeito (secção 3).

A iniciação da entrevista com questões demográficas não ameaçadoras permite ao entrevistador estabelecer a comunicação. Por outro lado, o sujeito é estimulado a descrever a história da doença actual, que constitui a base para a secção de diagnóstico mais estruturada (secção 4), subsequentes à abordagem global. Quando a abordagem geral estiver completada, o entrevistador pode já possuir informações suficientes para fazer um diagnóstico diferencial provisório, antes de questionar sistematicamente os sintomas específicos na secção de diagnóstico.

A secção de diagnóstico apresenta títulos que orientam o entrevistador relativamente aos critérios de diagnóstico do DSM-IV, que são avaliados no final de cada grupo de questões. As classificações devem ser efectuadas com base nas respostas dos sujeitos às questões que precedem cada critério de diagnóstico. A maioria dos itens é avaliada numa escala de 5 pontos, que avalia tanto a frequência como a severidade. As classificações devem ser efectuadas no momento da entrevista (apesar do entrevistador ter a opção de rever as classificações se encontrar, mais tarde, dados contraditórios). Uma classificação de 3 ou mais pontos em cada sintoma é a definição operacional para concluir que o sujeito confirma a presença desse sintoma de diagnóstico.

Para promover o fluir da entrevista é recomendado que a transferência da informação da entrevista para a *checklist* de diagnóstico do DSM-IV (que se encontra no final do protocolo) seja completada depois da entrevista estar concluída.

O esquema descrito na Figura 1 (que se apresenta depois da *checklist*) que pode ser usado para traduzir as classificações dos sintomas em diagnósticos de acordo com os critérios do DSM-IV.

Instruções Breves para a Administração da IDED-IV

Entreviste o sujeito colocando cada uma das questões da entrevista estruturada. Tome notas das respostas do sujeito. À medida que avança com a entrevista, assinale a classificação nas escalas, fazendo um círculo no número da descrição que melhor condiz com as respostas do sujeito às questões colocadas. Se houver alguma dúvida quanto à melhor classificação, pode fazer perguntas adicionais para clarificar essa questão.

Depois de completar a entrevista, use a *checklist* dos critérios de diagnóstico do DSM-IV para estabelecer o diagnóstico. A classificação de 3 ou mais em cada sintoma é a definição operacional para concluir que a pessoa confirma a presença desse sintoma de diagnóstico.

**ENTREVISTA DE DIAGNÓSTICO DAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO
ALIMENTAR – IV (IDED-IV)**

SECÇÃO 1: Dados Demográficos

Data: ____/____/____

Nome: _____

Idade: _____ Raça: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Peso : _____ Altura: _____ I.M.C.: _____

Morada: _____

Telefone: _____

Profissão: _____ Habilitações literárias: _____

Profissão da Mãe: _____ Habilitações literárias: _____

Profissão do Pai : _____ Habilitações literárias: _____

Enviado(a) por: _____

Médico de Clínica Geral: _____

Psiquiatra: _____

Medicação: _____

Seguro de Saúde: _____

Tratamento actual: _____

Tratamentos Anteriores (médicos ou psiquiátricos)

(Profissional/Instituição, Período de Tratamento, Temáticas Abordadas)

SECÇÃO 2: História dos Sintomas da Perturbação do Comportamento Alimentar

PERÍODO	IDADE / PESO	ACONTECIMENTOS DE VIDA	CONSEQUÊNCIAS NA ALIMENTAÇÃO
<u>Infância</u> (nascimento– 12 anos)			
<u>Adolescência</u> (12 – 19 anos)			

<u>Jovens Adultos</u> (20 – 35 anos)			
---	--	--	--

SECÇÃO 3: Estado Actual dos Sintomas da Perturbação do Comportamento Alimentar

A. Padrão Alimentar

1. Quais são as suas preocupações actuais relativamente à alimentação e ao peso?

2. Consegue exemplificar o tipo e as quantidades de alimentos que poderia comer num dia normal? E enquanto faz dieta?

	DIA NORMAL	EM DIETA
Pequeno-almoço		
Refeição a meio da manhã		
Almoço		
Lanche		
Jantar		
Ceia		

B. Problemas Médicos

1. Tem tido problemas médicos? ☐ Sim ☐ Não

(Verificar a existência de vertigens, pressão arterial alta ou baixa, problemas de tiróide, diabetes)

2. Tem tido problemas nos dentes? ☐ Sim ☐ Não

(e.g. erosão dos dentes) (se sim, descreva)

C. Informações Familiares

1. Quantas pessoas vivem em sua casa?

2. Elas sabem do seu problema alimentar? ☐ Sim ☐ Não

(se sim, como é que elas reagem /sentem em relação à sua perturbação do comportamento alimentar?)

3. Quem poderia estar disponível para participar no seu tratamento?

4. Alguém na sua família já teve uma perturbação do comportamento alimentar? Problemas de peso? Obesidade? (Se sim, descreva.)

5. Alguém na tua família já teve problemas psiquiátricos? (Se sim, descreva.)

SECÇÃO 4: Questões para o Diagnóstico da Anorexia Nervosa

A. Recusa em Manter um Peso Corporal Normal

1. Geralmente tem períodos de tempo em que não come (passa fome) para controlar o seu peso? ☐ Sim ☐ Não (se sim, descreva.)

2. Quando é que começou a perder peso restringindo a comida?

3. Existem alguns factores/situações que parecem aumentar os seus períodos de restrição alimentar?

4. Existem alguns factores/situações que parecem diminuir os seus períodos de restrição alimentar?

5. Qual é o peso que pretende atingir?

(Classifique de 3 ou mais se verificar o critério.)

A. Recusa em manter um peso apropriado para a altura.

(pode-se usar gráficos de peso/altura para auxiliar a fazer esta classificação)

1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____
O peso está 9% abaixo do normal/ ou é normal ou acima do normal	Mantém um peso que é 9 a 14% abaixo do normal	Mantém um peso que é 15 a 20% abaixo do normal	Mantém um peso que é 21 a 26% abaixo do normal	O peso está a mais de 26% abaixo do normal

B. Medo de aumentar de peso

1. Sente que o seu peso é normal? ☐ Sim ☐ Não (Descreva.)

2. Quantas vezes se pesa?

3. Que reacção emocional poderia ter se aumentasse:

- 1 Kg?

- 2 Kg?

- 5 Kg?

(Classifique de 3 ou mais se verificar o critério.)

B. Medo Intenso de Aumentar de Peso

1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____
Medo Mínimo	Medo Moderado	Medo Intenso	Medo Excessivo	Medo Debilitante

C. Perturbação da imagem corporal

1. Gostaria de ser mais magro(a) do que é agora? ☐ Sim ☐ Não

(Se sim, perguntar que partes do corpo deveriam ser mais magras.)

2. Pensa ou preocupa-se bastante com o seu peso ou o tamanho do teu corpo?

☐ Sim ☐ Não (Descrever.)

3. Sente-se algumas vezes gordo(a)? ☐ Sim ☐ Não

(se sim, perguntar quando é que se sente gordo(a)?)

(Classifique de 3 ou mais se verificar o critério.)

C. Perturbação da Imagem Corporal

(1) Imagem corporal perturbada: sentir-se gordo(a) mesmo que não tenha peso excessivo

1. _____ Nunca / não aplicável	2. _____ Às vezes	3. _____ Frequentemente	4. _____ Quase sempre	5. _____ Sempre
-----------------------------------	----------------------	----------------------------	--------------------------	--------------------

4. Em que medida a sua forma corporal afecta o modo como se sente em relação a si próprio(a)?

(Classifique de 3 ou mais se verificar o critério.)

C. Perturbação da Imagem Corporal

(2) Indevida influência da forma corporal/ imagem na auto-avaliação

1. _____ Influência Mínima	2. _____ Influência às vezes	3. _____ Influência a maior parte das vezes	4. _____ Influência quase sempre	5. _____ Influência sempre
----------------------------------	------------------------------------	---	--	----------------------------------

5. Sente que o seu peso actual lhe cria problemas? (e.g. médicos, emocionais, familiares)

(Classifique de 3 ou mais se verificar o critério.)

C. Perturbação da Imagem Corporal

(3) Negação da gravidade do baixo peso actual

1. _____ Ausência de negação ou não aplicável	2. _____ Alguma negação	3. _____ Negação moderada	4. _____ Forte negação	5. _____ Negação extrema
---	-------------------------------	---------------------------------	------------------------------	--------------------------------

D. Irregularidades menstruais

1. O seu período menstrual

☐ foi aos ____ anos

☐ nunca foi menstruada

2. Quando foi o seu último período menstrual?

3. Tem tido algumas irregularidades menstruais (período(s) em que falta a menstruação; fluxo ligeiro; duração de poucos dias)? ☐ Sim ☐ Não

(Se sim, descreva o tipo de irregularidade e a sua duração.)

4. Se sim, existem alguns motivos médicos para estas irregularidades menstruais? (Descrever.)

5. Está a tomar alguma medicação de hormonas (eg. pílulas anticoncepcionais, estrogénio)?

☐ Sim ☐ Não (Se sim, perguntar há quanto tempo está a tomar esta medicação?)

6. Verifica que os períodos menstruais cessam quando deixa de tomar a pílula anticoncepcional ou a medicação de restabelecimento hormonal?

☐ Sim ☐ Não (Descreva.) ☐ Não aplicável (se não toma a pílula)

7. Há quantos meses consecutivos não tem tido período menstrual?

(Classifique de 3 ou mais se verificar o critério.)

D. Amenorreia

1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____
Muito Regular/ Não aplicável se for rapaz/ Razões médicas	Ausência de 1 ou 2 ciclos nos últimos 3 meses	Ausência de 3 ciclos consecutivos nos últimos 3 meses	Ausência de 4 ou 5 ciclos consecutivos em 5 meses	Ausência de 6 ou mais ciclos consecutivos

QUESTÕES PARA DETERMINAR O TIPO ESPECÍFICO DE ANOREXIA NERVOSA

A(1). Alimentação Compulsiva (Episódios Recorrentes)

1. Alguma vez se sentiu como se tivesse comido em excesso quando comeu pequenas quantidades de certas comidas que engordam?

☐ Sim ☐ Não (Descreva.)

2. Alguma vez ingeriu uma grande quantidade de alimentos num curto período de tempo?

☐ Sim ☐ Não

3. Que tipo de alimentos ingere durante estas crises de voracidade e em que quantidades?

4. Quando é que ocorrem as crises de voracidade alimentar?

(durante as refeições, depois das refeições, ao longo do dia, etc.)

5. Quanto tempo dura normalmente cada crise de voracidade?

(Classifique de 3 ou mais se verificar o critério.)

A. Episódios Recorrentes de Alimentação Compulsiva

(1) Ingestão de uma grande quantidade de alimentos num curto período de tempo

1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____
Não tem crises de voracidade	A quantidade de comida ingerida é o equivalente a uma refeição normal ou ligeira	A quantidade de comida ingerida é normalmente maior do que o normal	A quantidade de comida ingerida é muito maior em quase todos os episódios	A quantidade de comida ingerida é excessiva em quase todos os episódios

A(2). Alimentação Compulsiva (Perda de Controlo)

1. Sente que consegue parar de comer uma vez que a crise de voracidade se tenha iniciado?

2. Com que frequência sente que perde o controlo do que come durante uma crise de voracidade?

(Classifique de 3 ou mais se verificar o critério.)

A. Episódios Recorrentes de Alimentação Compulsiva

(2) Sentimento de perda de controlo sobre o que come durante os episódios

1. _____ Controla sempre	2. _____ Perda de controlo ocasional	3. _____ Perda de controlo Frequente	4. _____ Quase sempre perda de controlo	5. _____ Nunca controla
-----------------------------	--	--	---	----------------------------

B. Comportamento Compensatório

1. Purga depois das refeições ou depois de um episódio de alimentação compulsiva (vómito, abuso de laxantes ou diuréticos)? ☐ Sim ☐ Não

2. Quando começou a ter este tipo de comportamentos compensatórios (vómito, abuso de laxantes ou diuréticos)?

3. Existem alguns factores que parecem aumentar a frequência dos comportamentos compensatórios?

4. Existem alguns factores que parecem diminuir a frequência dos comportamentos compensatórios?

5. Utiliza o vómito como comportamento compensatório? ☐ Sim ☐ Não

(se sim, perguntar a frequência dos vómitos como comportamento purgativo)

(Classifique de 3 ou mais se verificar o critério.)

B. Comportamento Compensatório

(1) Vômito auto-induzido

1. _____ Nenhum	2. _____ Vomita algumas vezes / ano	3. _____ Vomita várias vezes / mês	4. _____ Vomita várias vezes / semana	5. _____ Vomita 1 ou mais vezes / dia
--------------------	---	--	---	---

6. Purga utilizando laxantes? ☐ Sim ☐ Não

7. Purga utilizando diuréticos (i.e., comprimidos para urinar mais)? ☐ Sim ☐ Não

(Se sim, perguntar de que tipo e com que frequência)

(Classifique de 3 ou mais se verificar o critério.)

B. Comportamento Compensatório

(2) Abuso de laxantes/diuréticos (um episódio é definido pela toma de 1 ou mais comprimidos num curto intervalo de tempo com o objectivo de livrar o corpo da comida)

1. _____ Nenhum	2. _____ Algumas vezes / ano	3. _____ Várias vezes / mês	4. _____ Várias vezes / semana	5. _____ Várias vezes / dia
--------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

CHECKLIIST DE DIAGNÓSTICO PARA A ANOREXIA NERVOSA

307. 10 Anorexia Nervosa

_____ **A. Recusa em manter o peso corporal igual ou acima do normal de acordo com a idade e a altura.**

(Perda de peso conduzindo à manutenção de um peso corporal inferior a 85% do esperado; ou falência no ganho de peso previsto durante o período de crescimento, conduzindo a um peso corporal inferior a 85% do esperado).

_____ **B. Medo intenso de aumentar de peso ou ficar gordo(a), mesmo quando muito emagrecido(a).**

_____ **C. Perturbação na apreciação do peso e forma corporal; indevida influência do peso e forma corporal na auto-avaliação, ou negação da gravidade do baixo peso actual.**

(** Confirma-se este critério se, pelo menos duas das classificações de C (1, 2 e 3), na pp.6-7, forem avaliadas com 3 ou mais)

_____ **D. Mulheres em período pós-menarca com amenorreia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos.**

(A mulher é considerada como tendo amenorreia se os seus períodos menstruais ocorrerem apenas mediante a administração de hormonas, e.g. administração de estrogénios.)

(** Confirma-se este critério se a classificação do grupo D, p.8, foi 3 ou mais ou se o sujeito respondeu “sim” à pergunta 5, p.8.)

Tipo Específico

(Se a pessoa confirma os critérios para a Anorexia Nervosa, verifique o tipo que é mais descritivo.)

_____ **Tipo Restritivo:**

Durante o episódio de Anorexia Nervosa, a pessoa não tem regularmente ingestão alimentar compulsiva ou comportamentos purgativos (vómito auto-induzido, abuso de laxantes, diuréticos).

(** procurar classificações de 2 ou menos nas pp.9-10, classificações da A1 e A2 e na pp.11, classificações da B1 e B2.)

Tipo Ingestão compulsiva/ Tipo Purgativo:

Durante o episódio de Anorexia Nervosa, a pessoa regularmente tem ingestão compulsiva ou comportamento purgativos (vómito auto-induzido, abuso de laxantes ou diuréticos).

(** procurar classificações de 3 ou mais nas pp. 9-10, classificações da A1 e A2 e na p.11, classificações da B1 e B2.)

Figura 1. Quadro de decisão para efectuar o diagnóstico de Anorexia Nervosa e das síndromes parciais sob o quadro de Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (EDNOS), de acordo com o DSM-IV

CRITÉRIOS

A) Peso corporal 15% abaixo ou mais da média	Sim	Não (e.g., mas perda de peso significativa)	Sim	Sim	Sim
B) Medo de ganhar peso	Sim	Sim	Não (e.g., negação do medo de ganhar peso)	Sim	Sim
C) Perturbação da imagem corporal	Sim	Sim	Sim	Não (e.g., reconhece o baixo peso)	Sim
D) Amenorreia	Sim	Sim	Sim	Sim	Não (tem menstruação)